Rok XLV. Kraków 17 Lutego 1906. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzełykowe *(abscessus retrooesophageales).*

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Ropnie zagardłowe (*abscessus retropharyngeales*) należą do cierpień, które się, zwłaszcza u dzieci w końcu pierwszego roku życia, wcale nie zbyt rzadko spotyka. Tworzą one wypuklenia na tylnej, albo częścią na tylnej, częścią na bocznej ścianie gardła ponad krtanią, które, zatykając górny wylot jej przedsionka, sprowadzają zaduszenie, jeżeli na czas ropnia się nie otworzy. Ropnie te wytwarzają się zwykle w wiotkiej tkance pomiędzy zwieraczami gardła (*constrictores pharyngis*) a kręgosłupem; zdarzają się zaś najczęściej w pierwszym roku życia, później zaś już w miarę wieku znacznie rzadziej. O wiele rzadsze są ropnie zagardłowe powstałe na tle próchnienia trzonów kręgów szyjnych (*caries vertebrarum*); wytwarzają się one o wiele wolniej i zdarzają się w różnym wieku, zawsze jednak częściej u dzieci lub ludzi młodych, niż u starszych. Ropnie w tkance łącznej zagardłowej sięgać mogą w dół nawet poza dolny zwieracz gardła, a tem samem poza krtań; wyjątkowo jednak tylko szerzą się one jeszcze niżej, t. j. w tkankę pozaprzełykową. Zdarza się to mianowicie w złośliwych ropowicach (*phlegmone*) gardła, w których na granicach nacieku przechodzącego w ropienie nie wytwarza się zapalenie zlepne, przez które ropień zostaje ograniczony, lecz ropienie szerzy się z tkanki zagardłowej w tkankę kołoprzełykową, otaczając w końcu cały przełyk (*perioesophagitis*), czyli wytwarzając ropne zapalenie śródpiersia tylnego (*mediastinitis posterior*). Czasami zdarzyć się jednak może, że ropienie z poza dolnego zwieracza gardła szerzy się ku dołowi w tkankę zaprzełykową, z powodu jednak zapalenia zlepnego, jakie na jego granicy powstaje, nie obejmuje przełyku na około tak, że tylko spód ropnia poza górną część przełyku zachodzi i przez nią na tchawicę ugniata, co, zwłaszcza u małych dzieci, już samo przez się oddech znacznie może utrudnić. Pamiętnym jest mi przypadek tego rodzaju ropnia u 9-miesięcznego dziecka jednego z moich kolegów. Cała szyja była wyraźnie rozdęta, z tyłu krtani sterczał tylko szczyt ropnia, a oddech był w wysokim stopniu utrudniony. Po nacięciu ropnia w jego szczycie, tj. nad samą krtanią, dziecko wyrzuciło sporą ilość płynu ropiastego z taką siłą, że mnie nim na całych piersiach oblało; potem zaraz szyja sklęsła, a oddech stał się lekki. Podobny przypadek rozszerzania się ku dołowi poza przełyk ropnia powstałego na tle próchnienia kręgów szyjnych nie jest mi wcale znany; natomiast wydarza się nieraz, że ropień kręgowy opuszcza się zwolna na dół, ale i na bok zarazem, wypuklając się na szyi z boku krtani, a nawet opadając aż pod pachę.

Poniżej krtani ropnie w sąsiedztwie tchawicy są wogóle o wiele rzadsze. Powstają one zwykle z gruczołów limfatycznych kołotchawicznych, najczęściej gruźliczo zmienionych, które, ugniatając na tchawicę, oddech w wysokim stopniu utrudniać mogą. Zdarzały się nawet przypadki przebicia takiego ropnia, albo też nie zropiałego jeszcze gruczołu, do tchawicy lub oskrzela; gruczoł, zatykając tchawicę, sprowadzał zwykle zaduszenie; w jednym takim przypadku udało się jednak po zrobieniu tracheotomii i wydobyciu kawałków rozpadłego gruczołu zapomocą cewnika, wyratować od uduszenia dziecko sześcioletnie. (F. Petersen. *D. med. Wochschr.* 1885). Gruczoły te, lub ropnie z nich powstałe, ugniatają tchawicę zwykle z jednego boku, albo też skośnie z boku i tyłu, rzadziej zaś ugniecenie następuje wprost od tyłu. Ugniecenie od tyłu przez gruczoł gruźliczy spotyka się częściej w oskrzelach a zwłaszcza w oskrzelu prawem; aby jednak w ten sposób ugnieść tchawicę, musi się gruczoł wsunąć pomiędzy nią a przełyk i do niej przyrosnąć, co się już rzadziej wydarza. Z drugiej znów strony przebicie tchawicy łatwiej następuje od tyłu, gdyż ściana jej tylna, jako błoniasta, mniejszy przebiciu stawia opór, niż ściany posiadające pierścienie chrzęstne. To też spotykamy przypadki przebicia gruczołu lub ropnia gruczołowego przez tylną ścianę tchawicy, a zdarzało się nawet przebicie równoczesne do tchawicy i przełyku z wytworzeniem otworu pomiędzy niemi, przez który pokarmy do dróg oddechowych wpadały; jeden taki przypadek pamiętnym mi jest z kliniki Schröttera. Podobnież spotyka się wgniecenie tylnej ściany tchawicy przez ropień powstały pomiędzy tchawicą a przełykiem skutkiem ciała obcego przebijającego przednią ścianę przełyku; ropień ten również do tchawicy otworzyć się może, a łatwiej mu przychodzi przebić tylną ścianę tchawicy, niż przednią ścianę przełyku. W podobny sposób uciskać też mogą tchawicę od tyłu nowotwory, które się pomiędzy nią a przełyk wsunęły, lub też pomiędzy niemi rozwinęły. Najczęściej wydarza się to przy rakach przełyku, które, przebiwszy jego ścianę przednią, ugniatają tylną ścianę tchawicy, wrastając w nią równocześnie i szerząc się następnie wewnątrz tchawicy; o wiele rzadziej wsuwa się pomiędzy przełyk a tchawicę z boku guz gruczolaka lub mięsaka limfatycznego, a jeszcze rzadziej rozwija się pomiędzy niemi samemi nowotwór, zwłaszcza gruczolak (*adenoma*), gniotący tchawicę od tyłu. Wreszcie może być tchawica uciśnięta od tyłu przez wrastający pomiędzy nią a przełyk boczny płat gruczołu tarczowego, lub rozrastający się pomiędzy niemi odosobniony guz wola, albo też przez zaułek przełyku lub

tchawicy, przez zatrzymane w przełyku ciało obce znacznej wielkości itp. Wogóle jednak ugniecenie tchawicy od tyłu wydarza się znacznie rzadziej, niż z boków; najczęściej zaś powodem jego bywa rak przełyku przebijający tegoż ścianę przednią, znacznie zaś rzadziej inny nowotwór, gruczoł gruźliczy lub rakowaty, albo też powstały ze zropienia gruczołu, lub z przebicia przełyku przez ciało obce, ropień pomiędzy przełykiem a tchawicą, równie jak samo ciało obce przełyku, zaułek przełyku lub tchawicy itp.

W porównaniu do tych rzadkich przypadków o wiele jeszcze rzadziej wydarza się, by tchawica doznała ugniecenia od tyłu przez twory, które nie bezpośrednio za nią, lecz pomiędzy przełykiem a kręgosłupem się znajdują, a więc tchawicę przez przełyk ugniatają. Wydarzyć się to może przy nowotworach, zwłaszcza mięsakach limfatycznych, które tak, jak między tchawicę a przełyk, mogą także pomiędzy przełyk a kręgosłup w całości lub częściowo się wsunąć i wraz z przełykiem tchawicę ku przodowi wypierać i od tyłu ugniatać. W jednym przypadku znalazłem nawet ugniecenie tchawicy z tyłu i nieco z prawej strony przez tętniak łuku tętnicy głównej, który, wypukłając się aż poza przełyk, wyżłobił sobie odpowiednią wklęsłość na trzonach kręgowych. Przypadek ten opisał z mego oddziału wraz z wielu innymi przypadkami zwężeń tchawicy i oskrzeli Doc. Dr. Nowotny („Ueber die Tracheo- u. Bronchostenosen". *Arch. f. Laryng.* Bd. 17, J. 1905). Podobnież bardzo rzadkie są przypadki ropnia, rozwijającego się poza przełykiem i gniotącego przezeń na tchawicę. Nie powstają tu ropnie podobne do zagardłowych, gdyż ropienie, jakie w tkance kołoprzełykowej, np. skutkiem przebicia przez ciało obce, powstać może, ma wielką dążność do szerzenia się jako rozlany ropny naciek naokoło przełyku, tak, że ropień ograniczony prawie tylko pomiędzy przełykiem a tchawicą zwykł się wytwarzać; natomiast mogą powstać ropnie ograniczone w tylnem śródpiersiu z gruczołów limfatycznych, albo też z trzonów kręgów piersiowych. Jedne i drugie są rzadkie, a wyjątkowo tylko mogą wywierać ucisk na tchawicę od tyłu przez przełyk. Gruczoły limfatyczne powiększone znajdujemy bowiem najczęściej z boku tchawicy i przełyku; stąd zaś łatwiej im wsunąć się pomiędzy przełyk a tchawicę, niż dostać się poza przełyk, gdzie, aby stale pozostać, muszą do jego ściany tylnej, albo też do kręgosłupa przyrosnąć. Ropnie powstałe skutkiem próchnienia kręgów łatwo obsuwają się na bok i na dół; aby zaś mogły przez przełyk na tchawicę uciskać, muszą wypuklać się wprost ku przodowi i to w wysokości odpowiadającej tchawicy; muszą one zatem wychodzić z trzonów ostatniego kręgu szyjnego, lub pierwszych trzech kręgów piersiowych, by swem usadowieniem tchawicy odpowiadały. Aby na tchawicę ucisk silniejszy mόdz wywrzeć, muszą ropnie kręgowe być przytem nietylko odpowiednio napięte i niepodatne, ale zarazem większe, niż ropnie znajdujące się bezpośrednio za tchawicą, a to z powodu, że tchawica, będąc od ropnia przez przełyk oddzieloną, może przy niewielkim ropniu zesunąć się na bok od jego wypukłości, a tem samem uniknąć ugniecenia, lub stopień jego znacznie zmniejszyć. Stać się to może tem łatwiej, jeżeli ropień nie odpowiada samemu początkowi tchawicy, który z powodu sąsiedztwa z krtanią jest wobec przełyku mniej przesuwalny, lecz znajduje się niżej. Przy większych ropniach natomiast usunięcie się tchawicy na bok staje się niemożebnem, albo też w granicach, w których nastąpić może, nie zdoła tchawicy od ugniecenia uchronić.

Wobec tego, co powyżej podniosłem, łatwo pojąć, że przypadki ropni kręgów piersiowych i wogóle ropni zaprzełykowych uciskających tchawicę wydarzają się nadzwyczaj rzadko; od roku 1880 aż dotąd udało mi się odszukać następujące opisane przypadki tego rodzaju: 1) Beger: „Trachealstenosis durch Wirbelabscess" *Ztschr. f. Chirurgie* XIII. 1880. 2) Philipp. D. Turner: „A case of retrooesophageal abscess causing death by pressure on the trachea". *Lancet* 1887. (Przypadek dotyczył dziecka 3-miesięcznego, które zmarło w 4 godziny po tracheotomii. Przy sekcyi znaleziono ropień na kręgosłupie, sięgający od wysokości chrząstki obrączkowej do $^1/_4$ cala nad podział tchawicy. Dno ropnia tworzyły trzony i wyrostki poprzeczne kręgów, które nie przedstawiały nic nieprawidłowego). 3) I. Theodore Richards: „A case of retrooesophagealabscess", *Lancet* 1887. (Dziecko 3-letnie z garbem bolesnym obok wygięcia głowy na lewo, z oddechem utrudnionym, zmarło z zapalenia płuc. Przy sekcyi znaleziono ropień wielkości kasztana, wychodzący z kręgów 3 centymetry poniżej chrząstki obrączkowej, zrośnięty z przełykiem. Naokoło tchawicy znaleziono powiększone zserowaciałe gruczoły limfatyczne). 4) Brück: „Zwei Fälle von tuberculöser Wirbelcaries". *Pest. med. chir. Presse*, 1888. (W jednym z tych przypadków nastąpiła śmierć z zaduszenia, a przy sekcyi znaleziono ropień na 7 kręgu szyjnym i pierwszym kręgu piersiowym). Oprócz tych przypadków nie udało mi się aż dotąd znaleźć żadnego, w którymby tchawica przez ropień zaprzełykowy była uciśnięta. Wobec tego uważam sobie za obowiązek podać do wiadomości przypadek, jaki miałem w leczeniu w ostatnich czasach, w którym tchawica wraz z obu oskrzelami przez ropień kręgów piersiowych była ugnieciona, a zarazem dodać kilka uwag, odnoszących się do tego rodzaju przypadków wogóle. (Dok. nast.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w r. 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

Wśród klęsk rozlicznych, które trapią ludzkość, podkopują zdrowie ogółu i przynoszą mu szkody najcięższe, straty niepowetowane, pierwsze miejsce zajmują alkoholizm, gruźlica i kiła. Z tej trójcy wrogów ludzkości, blizko spokrewnionych i węzłami wzajemnego stosunku powiązanych, najzdradliwszym i najniebezpieczniejszym jest niewątpliwie wyskok, ponieważ nietylko zabiera zdrowie i życie swoich bezpośrednich ofiar, ale szerzy także wśród całego społeczeństwa najcięższe, najdotkliwsze, moralne i etyczne, społeczne i gospodarcze spustoszenia. Z rozmiarami tej klęski społecznej żadna inna nie może się porównać. Wyskok nadużyty niszczy zdrowie jednostki i kopie jej grób przedwczesny, rozbija rodzinę, zuboża społeczeństwo, wypełnia więzienia, domy przytułku i zakłady dla obłąkanych, szerzy

nędzę, zepsucie i upadek. Jego wpływ zabójczy idzie jak klątwa z pokolenia w pokolenie, a kalectwo duchowe i fizyczne jest jego spadkiem.

Ta klęska społeczna, zamiast maleć, ustawicznie jeszcze wzrasta i przybierać poczyna w krajach cywilizowanych rozmiary wprost zatrważające. Dość rzucić na dane statystyczne z lat ostatnich: W r. 1901 wydano w państwie niemieckiem na napoje wyskokowe 3,300 milionów marek, Wielka Brytania nie o wiele mniejszą kwotę, Stany Zjednoczone 300 milionów dolarów, Rosya zaś głównie na wódkę 1000 milionów rubli. Wedle Hartla ludność Austryi przepija corocznie przynajmniej 2 razy tyle, ile wynosi budżet wojskowy tego państwa, a wedle Daszyńskiej-Golińskiej sam podatek konsumcyjny od spirytusu w Galicyi, obliczony na głowę, wynosił w r. 1807 3·14 kor., gdy w r. 1881 wynosił tylko 0·74 kor., czyli w ciągu 16 lat wzrósł czterokrotnie. Równolegle z tymi ogromnymi wydatkami, jakie ponosi społeczeństwo na napoje wyskokowe, wzrosła niezmiernie produkcya i konsumcya napojów wyskokowych, zwiększyła się liczba szynków, restauracyi i t. p. zakładów, hodujących ludzi na niewolników wyskoku. Rzecz doszła do tego, że wedle zestawienia Legraina $^1/_4$ dorosłych mężczyzn we Francyi pracuje przy fabrykacyi i rozsyłce wyskoku, a wedle Dariny 1,100,000 rodzin żyje z rozpajania wyskokiem pozostałych 8 milionów rodzin. Na tem jednak nie kończy się rejestr grzechów wyskoku. Gdybyśmy chcieli poruszyć tylko najważniejsze sprawy, musielibyśmy uwzględnić także wpływ wyskoku na powstawanie chorób, a zwłaszcza umysłowych, statystykę zachorowań i statystykę śmiertelności, częstość wypadków nieszczęśliwych i samobójstw, spełnionych pod wpływem wyskoku, trwanie życia pijaków i abstynentów, związek bezsprzeczny między alkoholizmem, zbrodnią i prostytucyą, wpływ używania wyskoku na życie rodzinne, moralność i dobrobyt społeczeństw, wpływ przewlekłego alkoholizmu na potomstwo i zwyrodnienie całych narodów i t. d. To jednak przekracza ramy niniejszej pracy. Ciekawych odsyłamy do bardzo zajmującej i pouczającej pracy prof. Kleckiego.

Do walki z tą klęską społeczną stanęły dopiero niedawno rządy i społeczeństwa. Rządy prawie wszystkich cywilizowanych narodów wydały już ustawy przeciw opilstwu, nieraz bardzo surowe, drakońskie, napozór bardzo skuteczne, w praktyce atoli nie zawsze wiodące do celu. Nierównie zbawienniejszą w skutkach okazała się działalność prywatna społeczeństw, żadną ustawą i przymusem nieusankcyonowana, w postaci stowarzyszeń, które wzięły sobie za cel walkę z wyskokiem, a których sieć pokrywa już całą Europę. Ruch ten, najpotężniejszy w Szwecyi, Norwegii i Finlandyi, z krajów tych, zużywających dawniej największe ilości wyskoku, uczynił kraje obecnie najtrzeźwiejsze i mocą przykładu poczyna oddziaływać na resztę Europy. W Niemczech „Towarzystwo przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych“, oparte na zasadzie umiarkowania i „Krzyż niebieski“ oraz „Zakon dobrych Templaryuszów“, stojące znów na gruncie zupełnej wstrzemięźliwości, rozwijają się coraz pomyślniej; w Austryi stowarzyszeń abstynentów i umiarkowanych jest kilka, owoce atoli ich działalności dotąd niewielkie. Na czele tego międzynarodowego ruchu stoją osobistości tak wybitne, jak Bunge, Forel, Strümpel, Fraenkel, Hellenius i inni, a statystyczny i naukowy materyał, dotyczący wyskoku jako trucizny, od czasu klasycznej pracy Baera o pijaństwie i ochronie przed niem tak dalece wzrasta, że powstała potrzeba osobnej bibliografii, której opracowaniem zajął się w roku 1904 Abderhalden. Jeszcze przed 10 lub 15 laty cała ta sprawa miała w piśmiennictwie lekarskiem bardzo podrzędne znaczenie; obecnie pod wpływem tego potężnego ruchu każdy prawie poszyt lekarskich czasopism przynosi jakiś przyczynek do tego przedmiotu, a liczba prac jest już tak duża, że wyskok ma obecnie wśród środków leczniczych najobszerniejszą literaturę.

Jak każda rzecz ludzka, tak i ruch ten ma obok wielkich dodatnich stron swoją stronę odwrotną. Apostołowie każdego ruchu niezawsze zdołają sprawiedliwie odważyć każdy swój postępek, a tylko ci, którzy niosą swe ideje z pewną wyłącznością i namiętną jednostronnością, porywają za sobą masy i stwarzają ruch wielki. Nieruchawość tłumów i obojętność ich w sprawach najżywotniejszych są bowiem zawsze tak wielkie, że tylko gwałtowne i namiętne działanie przezwycięża ich bezwładność. Jakkolwiek więc z jednej strony wielka wdzięczność należy się krzewicielom walki z alkoholizmem za to, że przekonali szerokie koła o niebezpieczeństwie, jakiem alkoholizm zagraża nowożytnym społeczeństwom, to z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że w tej walce posługują się oni argumentami, niezawsze naukowo uzasadnionymi, a w krytyce działania wyskoku idą za daleko. W oczach abstynentów każda, nawet najmniejsza dawka wyskoku jest silną trucizną; wyskok jest według nich toksyną komórki drożdżowej (Bonne); w działaniu wyskoku widzą tylko skutki porażne, a to działanie porazające uważają za działanie przedewszystkiem szkodliwe; potępiają w czambuł zarówno pijaków, jak i umiarkowanie pijących, tych drugich uważają nawet za uwodzicieli niebezpieczniejszych od tamtych i widzą tylko szkody, jakie nadużycie napojów wyskokowych sprawia, a nie widzą korzyści, jakie wyskok w pewnych razach zapewnia. Jak wszelki fanatyzm znajduje swoich natchnionych i również fanatycznych zwolenników, tak i ten ruch wciągnął w wir swój pewną liczbę lekarzy, a wynikiem tego była krucyata przeciw wyskokowi, jako środkowi lekarskiemu, i walka eksterminacyjna, przeciw niemu na całej linii podjęta, której odgłosy dotąd się jeszcze ze szpalt dziennikarskich rozlegają i kto wie kiedy zakończą.

Jakiem jest działanie fizyologiczne wyskoku na ustrój zwierzęcy, to wyświetliły poniekąd badania ostatnich lat. Na niższe ustroje działa wyskok bezwątpienia jako trucizna, która zakłóca ich sprawy życiowe, a przy pewnem zgęszczeniu zupełnie je znosi. W r. 1897 stwierdził Hodge, że dodatek $^1/_{1000}\%$ wyskoku (2 kropli na 4 l.) opóźnia wzrost drożdży, a przy ilości 14% wzrost ten całkowicie znosi. Podobny wpływ, w słabszych (7%) rozczynach hamujący rozwój, a w 50% rozczynie zabijacy gronkowca złocistego, stwierdza Salzwedel i Elsner w roku 1900. Wirgin bada wpływ wyskoku na wiele rodzajów drobnoustrojów i znajduje, że w pewnych warunkach już bardzo małe ilości wyskoku (0·1%) rozwój jednych wstrzymują, gdy drugie bez szkody jeszcze 4% znoszą. Wedle nowszych doświadczeń Epsteina, Brunna, Barterelliego i t. d. wyskok bezwodny ma mieć tylko nieznaczne bakteryobójcze własności, największe zaś 50—70%, także Salzwedel i Stuer w odpowiedniem rozcieńczeniu i użyciu stawiają

go na równi z sublimatem i karbolem. Porosty żyją w 2% rozczynach przez 24 godzin, giną w 4% (Bokorny). Wedle Bealea wyskok tamuje ruchy pełzaków (ameb) i leukocytów. Rigde spostrzegał, że rośliny, podlewane wodą, zawierającą 0·5% wyskoku, rosną gorzej i są bledsze, niż rośliny, wyskokiem niepodlewane, a Rauber znalazł, że w rozczynach (2—10%) wyskoku tak rośliny, jak i zwierzęta wodne giną mniej lub więcej szybko. Dla zwierząt wyższych określił Dujardin Beaumetz i Andige dawkę śmiertelną na 8 grm. wyskoku na kilogram wagi zwierzęcia.

Z przewodu pokarmowego zwierzęcia lub człowieka wyskok szybko wsysa się do ogólnego obiegu, który go rozprowadza po całym ustroju. Gdziekolwiek się dostanie, wdziera się wyskok z największą łatwością do wnętrza komórek i wiąże się z ich protoplazmą, a ma tę szczególną właściwość, stwierdzoną przez Overtona na komórkach roślinnych, że działa przedewszystkiem na komórki najwięcej skomplikowane, najdelikatniej uorganizowane, a potem dopiero stopniowo na coraz prostsze — aż do najprostszych.

W żołądku podrażnia wyskok zakończenia nerwowe w błonie śluzowej, rozszerza naczynia i wzmaga ilość krwi, przez nie przepływającej, co podmiotowo odczuwa się jako rodzaj wewnętrznego rozgrzania. Jak wpływa na czynność gruczołów trawiennych i na chemizm trawienia, to co do tego dotąd nie było zgody. Wedle Claude-Bernarda, Ogaty, Buchnera, Kelloga, Rileya, Figga, wyskok nietylko nie ułatwia trawienia żołądkowego, ale przeciwnie opaźnia je i upośledza, a trudno strawne pokarmy czyni jeszcze mniej strawnymi. Natomiast Klemperer, Penzoldt, Riegel, Levy, Binz, Richet, Boas i t. d. utrzymują, że wyskok w małych dawkach wzmaga wydzielanie soku żołądkowego, czy też zawartego w nim HCl, działa więc drażniąco na gruczoły trawienne, a zatem ułatwia trawienie żołądkowe. Z naszych pracowników Gluziński jeszcze przed laty ogłosił w „Archiv. f. klinische Medizin“ rzecz o wpływie wyskoku na trawienie żołądkowe, dochodząc do wniosku, że wyskok w małych dawkach wydzielanie soku i trawienie najpierw zwalnia, później jednak podnosi, natomiast upośledza siłę motoryczną żołądka, nawet w małych ilościach podany; natomiast w dużych dawkach podany trawienie bezwarunkowo zwalnia.

Nowa era w badaniach czynności żołądku i wpływu rozmaitych ciał na chemizm żołądka datuje się od czasu wprowadzenia do patologii doświadczalnej metody operacyjnej Heidenheina-Pawłowa. Z doświadczeń Zawriewa, dokonanych pod kierunkiem Pawłowa w pracowni Zakładu fizyologicznego medycyny doświadczalnej w Petersburgu na dwóch psach z żołądkiem małym, wyosobnionym wedle tej metody, wynika i to jest już obecnie pewne, że pod wpływem wyskoku wydziela się sok żołądkowy obficie, skutkiem czego nawet uważa Zawriew wyskok za swoisty bodziec dla błony śluzowej żołądka. Do podobnych wyników doszli Frouin i Molinier, którzy wykonali swoje doświadczenia na dwóch psach z żołądkiem, wyosobnionym w całości z przewodu pokarmowego z zachowaniem atoli nerwów błędnych i stwierdzili, że wyskok, wprowadzony do kiszek przez jamę ustną, ale z ominięciem żołądka, wzmaga bardzo wybitnie wydzielanie soku żołądkowego i że działa taksamo nawet wprowadzony przez odbytnicę. Z doświadczeń tych wynika dalej, że wyskok jest nietylko silnym, ale i bardzo trwałym bodźcem, bo choć wyskok znikał z soku żołądkowego już po upływie 48 godzin, wzmożone wydzielanie soku żołądkowego trwało jeszcze przez 5 dni. Nierównie ciekawsze były doświadczenia samego Pawłowa, które dowiodły, że nietylko bezpośrednie wprowadzenie pokarmów do żołądka wznieca wydzielanie soku żołądkowego, lecz że samo wzbudzenie łaknienia wystarcza, ażeby w żołądku wydzielał się silnie trawiący sok, tzw. przez Pawłowa sok żołądkowy „psychiczny“. Słusznie przeto podnosi K. Klecki, że „człowiek zdrowy sztucznych sposobów do wzbudzenia łaknienia nie potrzebuje, a powinno ono występować jednocześnie z uczuciem głodu. W warunkach, w których żyjemy obecnie, nie zawsze jednak tak bywa; uczucie łaknienia nie zawsze wśród głodu się pojawia. Otóż doświadczenie poucza, że w chwilowym braku łaknienia u wielu osób, zresztą zupełnie zdrowych, zwłaszcza do napojów wyskokowych przyzwyczajonych, kieliszek wódki lub wina łaknienie sprowadzić może; że zaś uczucie to wzbudza wydzielanie się silnie trawiącego soku żołądkowego, przeto alkohol w małych dawkach przez sprowadzenie owego soku „psychicznego“ może wywrzeć wpływ korzystny na trawienie w żołądku. Pogląd ten, wynikający z doświadczeń fizyologicznych, zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami z życia codziennego, które wskazują, że wielu ludziom po małej dawce alkoholu najprostszy posiłek lepiej smakuje, a przez to i lepiej służy; doświadczenia poczynione w więzieniach, domach poprawczych i t. d. również za tem przemawiają“.

Wessany z żołądka dostaje się wyskok do prądu krwi i limfy. We krwi po dużych dawkach można go wykryć, jak to stwierdzili już dawniej Gmelin i Tiedemann, Lallemand, Duroy, a w najnowszych czasach Gréhant i Niclaix. Czy działa na krew i jej składniki, trudno napewno powiedzieć; w dawkach małych zdaje się jednak, że nie. Dawniejsi badacze, jak Manassein, znajdowali pod wpływem wyskoku powiększenie wymiarów ciałek krwi czerwonych i odnosili je do przyrostu tlenu w ciałkach, natomiast nowsi, jak Berkley i Friedenwald stwierdzali pokurczenie się ciałek czerwonych i obniżenie ilości Hb. Najbliższem prawdy wydaje się być twierdzenie Mayera, że wyskok w dawkach leczniczych nie wywiera żadnego wykazalnego wpływu ani na liczbę krwinek czerwonych, ani też na ilość Hb. Ścisłe doświadczenia Amerykanina Evelyna pomijamy tutaj, ponieważ wykonano je na koniach, nie zaś na ludziach. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

Jakkolwiek nauka lekarska posiada w obecnej chwili szereg środków sercowych, które wpływają dodatnio na mięsień sercowy i znajdują zastosowanie w razie upośledzonej

czynności serca, wywołanej przez rozmaite choroby już to serca, już to innych narządów (nerek, płuc i t. p.), pomimo to jednak poszukiwania nowych leków sercowych nie ustają. Powodów ku temu jest kilka. Przedewszystkiem przeważna liczba leków sercowych jest pochodzenia roślinnego. Ta okoliczność wywiera wpływ na niestałość ich działania. Rzecz w tem, że ilość pierwiastków skutecznych w roślinie może ulegać bardzo znacznym wahaniom, zależnie od wieku rośliny i miejscowości, gdzie ona rośnie. Z drugiej znów strony sposób przechowywania leku i długie przechowywanie mogą wobec nietrwałości jego pierwiastków skutecznych doprowadzić nawet do tego, że straci on zupełnie lecznicze swe działanie. Odznaczając się niestałością działania, niektóre z leków sercowych mają właściwość ujemnego działania zbiorowego. Ta okoliczność przeszkadza dłuższemu stosowaniu tych środków aż do powrotu osłabionej czynności serca do stanu zwykłego. Inne zaś znów leki (gorzykwiat, ostrawka i t. d.) wywierają uboczny ujemny wpływ na czynności narządu trawienia, wywolując często nudności, wymioty, biegunkę i t. d., lub zwężając naczynia krwionośne, przeszkadzają powstaniu prawidłowszej czynności dróg moczowych. Wreszcie nieraz spotykamy przypadki, w których żaden ze znanych leków nie poprawia czynności serca. Wszystkie te okoliczności wpływają bardzo na ocenę środków sercowych i tłómaczą różnicę w poglądach klinicystów na ich wartość leczniczą. Jedni naprzykład (Dujardin-Beaumetz) uważają naparstnicę za środek poprostu cudowny (*merveilleux, heroïque*) lub (Huchard) za środek, niczem nie dający się zastąpić w leczeniu chorób sercowych; inni zaś (prof. Wasiljew) uważają stosowanie naparstnicy za „występek", radzą o tym leku czemprędzej zapomnieć, ponieważ ich zdaniem nietylko nie jest on pożyteczny, lecz wprost szkodliwy. Jedni z klinicystów (Botkin i inni) wysoko cenią gorzykwiat, inni (Eichhorst) natomiast stawiają go na równi z konwalią. Podobnie różnorodne są zdania i o innych lekach sercowych. Jedni z klinicystów uważają zwężenie lewego ujścia żylnego za przeciwwskazanie dla naparstnicy (Potain), inni (Niemeyer) przeciwnie uważają w tem cierpieniu naparstnicę za najpożyteczniejszą. Potain jest zwolennikiem stosowania naparstnicy w niedomykalności zastawki dwudzielnej, a Gubler uważa ją w tej wadzie za przeciwwskazaną i t. d. Wobec takiego stanu rzeczy każdy nowy lek sercowy zasługuje na uwagę i na szczegółowe badanie. To było pobudką, dla której postanowiłem wykonać szereg badań co do niedawno poleconego środka sercowego, mianowicie chlorku barowego. Na korzyść tego leku, oprócz pochlebnego zdania Koberta, przemawiała również stałość chemicznego składu i łatwość dawkowania.

Chlorek barowy (*Baryum chloratum, Terra ponderosa salita, Baryta muriatica*) odkrył Scheele w r. 1675; do medycyny zaś wprowadzili go w Anglii Crawford[1]) w r. 1789, w Niemczech Hufeland[1]) w r. 1794, we Francyi Fournier[1]) w r. 1795, wreszcie we Włoszech Scassi[1]) w r. 1809. Crawford polecał go jako środek, poprawiający łaknienie i ogólny stan i jako lek moczopędny; najskuteczniejszym, zdaniem tego autora, ma on być w zołzach otrętwiałych. Hufeland na podstawie swoich spostrzeżeń doszedł do wniosku, że chlorek barowy „podnieca czynność narządów trawienia, układ chłonny i gruczołowy, sprzyja rozpuszczaniu się śluzu w przewodzie jelitowym, podnosi ruchliwość jelit, odkrywa gruczoły i sprzyja wessaniu". Hufeland gorąco polecał chlorek barowy w połączeniu z żelazem w zołzach, kile, chorobach skórnych, wolu, próchnieniu kości, wiewiórze, zatrzymaniu miesiączkowania, gośćcu, puchlinie i dnie. Z różnych postaci zołzów chlorek barowy, zdaniem Hufelanda, ma być najskuteczniejszy przy zołzowem porażeniu ważnych narządów i w postaci, przebiegającej z podnieceniem układu chłonnego, więc w tych razach, w których Crawford uważał go za mało skuteczny. Zdaniem Hufelanda chlorek barowy nie może być stosowany tylko w razie powikłania zołzów gnilcem lub nader wielkiem osłabieniem ustroju. Dodatnie działanie chlorku barowego w zołzach zaznaczają z późniejszych badaczy Fournier, Scassi, Beaudelocque (1), Kölreutter (2), Walsh (3), Arnold[2]), Brefeld[2]), Keek[2]), Kohlhaas[2]), Payau d' Aix[2]), Ferrari[2]), Fonssagrives (4), Bouchardat[2]), Dujardin-Beaumetz[2]) i inni. Beaudelocque ceni go w zołzach wyżej od jodu, Dujardin-Beaumetz zaś utrzymuje, iż chlorek barowy jest prawie jedynym środkiem swoistym w tem cierpieniu. Nieco ostrożniejszym w pochlebnej ocenie chlorku barowego w zołzach są Pinel[3]) i Braume[3]). Kölreutter i Lisfranc (5) polecają go w chorobach kości (*tumor albus* i in.), Brown-Séquard[4]) w drżączce porażnej, Guecci[4]) w tężcu urazowym; Hammond w wieloogniskowem stwardnieniu rdzenia, Neumann[4]) w obłędzie lubieżnym, Sichel[4]) jako lek swoisty w chorobie Basedowa, wreszcie Lagarde (6) poleca go we wszystkich tych przypadkach, w których wodnik chloralowy, chloroform, kurara i azotyn amylowy zawiodły. W zołzach chlorek barowy bywa stosowany dotychczas we Włoszech.

Zbyt pochlebne zdania o wartości leczniczej chlorku barowego wywołały jednak wkrótce reakcyę, zwłaszcza gdy Brodie (7), Campbell (8), Orfila (9), Gmelin (10), Blake (11), Onsum (12), Cyon (13) i inni wykazali, że sole barowe są bardzo trujące. Sceptyczne zapatrywanie na chlorek barowy coraz zwiększało się i doszło wreszcie do tego, że niektórzy (Ferriar[4]), Merk[4]), Henke[4]), Kretschmar[4]), Richter[4]) i inni) zaczęli odmawiać mu wprost wszelkiej wartości leczniczej. Stopniowo chlorek barowy wyrugowany zostaje w Niemczech przez jod i popada w takie zapomnienie, że większość podręczników niemieckich (Stumpf, Cloëtta-Filehne, Böhm, Hirsch, Penzoldt, Jacquet, Binz, Tappeiner i Stokvis) albo wcale o nim nie wspomina, lub też ogranicza się tylko do wzmianki, że soli barowych nie używa się już w celach leczniczych.

Tymczasem dalsze badania soli barowych w pracowniach farmakologicznych zaczynają stopniowo wysuwać nowe wskazania dla używania baru jako środka sercowego. Działanie jego na serce zarysowuje się tak wyraźnie i dodatnio, że badacze stawiają go już na równi z naparstnicą. Powstanie i rozpowszechnienie się tego poglądu zawdzięczamy przedewszystkiem badaniom z pracowni Koberta.

[1]) Przytaczam podług Walsha.

[2]) Przytaczam podług Bary, str. 91—93 i Schedela, str. 37—99.

[3]) Przytaczam podług Walsha.

[4]) Przytaczam podług Bary, str. 91—93 i Schedela, str. 37—39.

Brodie (7) był pierwszym, który dowiódł, iż sole barowe działają na ustrój trująco, a to przez swój wpływ na mózg i serce. Orfila (9) odrzuca bezpośrednie działanie baru na serce i przyjmuje działanie jego na rdzeń. Według Gmelina (10) sole barowe działają przedewszystkiem na mózg i rdzeń i tylko w drugiej linii na mięśnie prążkowane i serce za pośrednictwem nerwów sercowych, przez co wywołują początkowo bardzo przyśpieszone, następnie zaś zwolnione i ledwie dostrzegalne skurcze serca. Blake (11) uważa sole barowe za truciznę sercową, wzmagającą również znacznie ciśnienie krwi; wpływ baru na układ nerwowy Blake odrzuca. Onsum (12) nie zastanawia się wcale nad wpływem baru na serce, tłómacząc trujące jego działanie na ustrój w ten sposób, że sole barowe przechodzą we krwi w nierozpuszczalny siarkan barowy, który sprowadza zatory płucne. Tę teoryę opiera Onsum na doświadczeniu Hoppe-Seylera, który spostrzegał u psa po zatruciu węglanem barowym krwawe zawały płucne, jakoteż i na własnych doświadczeniach, w których stwierdził liczne drobne wybroczyny w gałązkach tętnicy płucnej i obecność baru w płucach zwierząt po zatruciu. Ten sam pogląd, coprawda, wygłosił poprzednio Mialhe (14) we Francyi. Mylności tego zapatrywania na istotę działania baru dowiódł wkrótce Cyon (13). Tenże badacz dowiódł jednocześnie, że trujący wpływ baru zależy od porażającego działania na serce, prawdopodobnie jego nerwy, i na układ nerwowy. Teoryę Onsuma obalają również badania zwłok po zatruciu solami barowemi (Ogier i Socquet (15), Stern (16) i inni) i badania Neumanna (17), który stwierdził, że bar szybko znika ze krwi i bywa wydalany z ustroju z moczem, przeważnie zaś z kałem; z narządów wewnętrznych bar zatrzymują wątroba, śledziona, nerki i najdłużej kości. (C. d. n.)

W sprawie przyrządów do odkażania mieszkań.

(Odpowiedź na artykuł dra L. Biera w Nr. 52 „Przegl. lekar." 1905.)

Napisał

Dr. Pisarski.

Podejmując polemikę w sprawie przyrządów do odkażania mieszkań i obronę przyrządu Flüggego, zaczepionego przez autorów niemieckich i przezemnie, nie spełnił kol. Bier jednego ważnego warunku, mianowicie nie oparł swej polemiki na praktycznem wypróbowaniu przyrządu Proskauera i Elsnera, ale zadowolnił się tem, że aparat ich obejrzał. Tylko porównawcze próby z tym i innymi przyrządami mogłyby dać podstawę z jednej strony do podania w wątpliwość próbnych badań Proskauera i Elsnera, a z drugiej do przyznania aparatowi Flüggego wyższości. Co do mnie, — to miałem początkowo zamiar wykonać takie porównawcze badania, gdy jednakowoż z przyczyn, odemnie niezależnych, tego uczynić nie mogłem, ograniczyłem się jedynie do sprawdzenia, czy sprowadzony przyrząd „Berolina" posiada podane przez autorów zalety i w tym też jedynie kierunku wysnułem me wnioski, zgodne z badaniami i wnioskami Proskauera i Elsnera i nie dające mi prawa podawania w wątpliwość porównawczych badań, jakie autorowie ci z przyrządem swym, Flüggego i innymi wykonali, a tem samem wniosków i poglądów, jakie o nich wysnuli. I dlatego ta część polemiki nie będzie miała dla mnie wagi dopóty, dopóki kol. Bier zapomocą ścisłych badań nie udowodni, że autorowie ci nie mieli racyi.

Co się tyczy dwóch zarzutów, uczynionych przez kol. Biera mej metodzie badania, która miała być rzekomo błędną wskutek nieznajomości literatury, to należy przedewszystkiem zaznaczyć, że, by takich zarzutów uniknąć, nie potrzeba było nawet „znajomości literatury". Wystarczyło zajrzeć i zastosować się do wskazówek któregokolwiek nowszego podręcznika bakteryologii, omawiającego także sposoby odkażania i metody badania wartości tych sposobów. W każdym bowiem z tych podręczników położono nacisk, jako na rzecz najważniejszą, na zobojętnianie resztek środka odkażającego, zanim się próbkę da do pożywki. Tego warunku nie mogłem oczywiście pominąć i w rzeczywistości go nie pominąłem, uważając zobojętnienie podczas odkażania łącznie z trzykrotnem przepłukaniem w wodzie nietylko za wystarczające, ale nawet za lepsze i to na podstawie doświadczenia, że próbki, zobojętniane raz podczas odkażania i powtórnie amoniakiem po odkażeniu, dawały często mniejszy odsetek dodatnich wyników. Łatwo to zrozumieć, bo i działanie amoniaku na mikroby nie jest obojętne.

Co do drugiego zarzutu, że zaniechałem „określenia siły odpornej użytych do prób zarazków wobec znanych środków odkażających", o którem również każdy podręcznik wspomina, — to takie określenie jest wtedy wskazane, gdy się robi teoretyczne porównawcze doświadczenia z nowym środkiem odkażającym. Określenie takie jednak i tak nie daje wcale pewnego punktu oparcia, gdyż jeden i ten sam szczep z jednej i tejsamej hodowli w różnych próbkach rozmaitą może posiadać odporność. Dlatego szczególnie przy „próbie praktycznej", o którą w mych doświadczeniach chodziło, o wiele lepszy daje obraz użycie świeżo wyhodowanych w świeżych hodowlach bądźto różnych szczepów, bądź też różnych gatunków, co też w mych badaniach spełniłem.

Z tegosamego też powodu, t. j. dlatego, że robiłem tylko „próbę praktyczną", użyłem pożywek płynnych, a pominąłem pożywki stałe na płytkach, gdyż nie chodziło mi wcale o obliczenie ilości wyrosłych kolonii, ale o stwierdzenie bezwzględnego odkażenia. Pożywki płynne uważam za o wiele wyższe od stałych; — to też nie pominąłbym ich nawet wtedy, gdyby celem badania było obliczenie kolonii, — ale badałbym wtedy równolegle.

Nitki jedwabne uważam w przypadkach, gdy się zobojętnia alkaliami, podobnie jak w mych badaniach, za wyższe od perełek i dlatego prawdopodobnie używali nitek również Proskauer i Elsner. I tego szczegółu także nie trzeba szukać w piśmiennictwie, gdyż uwzględniają go podręczniki. Przyrząd „Berolina" wybrano zresztą właśnie na podstawie piśmiennictwa, zanim mnie powierzono sprawdzić jego działanie; miasto Berlin również na tej podstawie tego przyrządu obecnie używa.

Tych kilka słów dla wyjaśnienia sprawy w odpowiedzi kol. Bierowi, który zresztą swą polemikę w obronie aparatu Flüggego powinienby po uzyskaniu pozytywnego materyału dowodowego zwrócić wprost przeciw Proskauerowi i Elsnerowi.

Tu jeszcze dodać trzeba, że od czasu wprowadzenia

przyrządu „Berolina“ do szpitala, przybyło kilka podobnych przyrządów formalinowych w Krakowie i okolicy, co świadczy, że chęć do dezynfekcyi wzrosła, a nie zmalała; małej zaś różnicy w kosztach, a o takiej jest tu mowa, nie można brać w rachubę, gdy chodzi o rzecz naprawdę lepszą; — a że tak jest, to i w tem dowód, że Berlin ją wprowadził.

Odpowiedź kol. Pisarskiemu.

Przez przejrzenie wskazanych przezemnie prac mógłby się był kol. Pisarski przekonać, że do odkażenia mieszkań w tym zakresie, w jakim osiągnąć je można przy użyciu aldehydu mrówkowego, wystarczy w ciągu 3—3½ godzin pięć grm. na 1 m³, i nic więcej nie można osiągnąć przy użyciu ośmiu grm na 1 m³, których wymaga przyrząd „Berolina“. Ze wszystkich prac nad przyrządem Walther-Schlossmanna właśnie wynika stanowczo, że używając więcej niż 5 grm. na 1 m³, absolutnie nie zyskuje się lepszego odkażenia, niż przy 8 grm na 1 m³, a tylko marnuje się formalinę i niepotrzebnie zwiększa się koszta. Dlatego to próby porównawcze z „Beroliną“ uważam za zbyteczne.

Dla dokładnej oryentacyi w metodyce badania środków odkażających nie wystarczają same tylko nowsze podręczniki bakteryologii. I z podręczników nawet, gdyby się do nich można pod tym względem ograniczyć, lepsze tu usługi, niż zwykłe podręczniki bakteryologii, odda choćby Lehmanna „Methoden der praktischen Hygiene“ i takiego podręcznika przy badaniach tych pominąć nie można.

Wybór przyrządu „Berolina“ był prawdopodobnie skutkiem tego, że zbyt wielką wagę przywiązywano do zarzutów, uczynionych przyrządowi Flüggego w piśmie „Gesundheitsingenieur“, informującem o sprawach higieny technicznej i miejskiej, a mało czytywanem przez zawodowych lekarzy higienistów. Niestety przez zarządy miast naszych takie pisma zbyt często brane bywają za wyrocznię przy decyzyach o specyalnych urządzeniach sanitarnych. Zawodowy lekarz-higienista patrzy na te sprawy innem okiem i jego nie zadowolni argument kol. Pisarskiego, że o wartości przyrządu „Berolina“ świadczy wprowadzenie tego przyrządu w Berlinie, Krakowie i jego okolicy.

Dr. L. Bier.

Odpowiedź kol. Bierowi.

Już w poprzedniej odpowiedzi zaznaczyłem, że wybór przyrządu mógł wypaść na korzyść „Beroliny“ jedynie na podstawie znajomości odpowiedniego piśmiennictwa, które jest tak bogate, że przytoczone przez kol. Biera prace nie wystarczyłyby wcale.

Wyniki doświadczeń, dokonanych nad przyrządem tym w „Institut für Infektionskrankheiten“ Kocha w Berlinie, ogłoszone były nietylko w piśmie, poświęconem sprawom higieny technicznej, „mało czytywanem przez zawodowych lekarzy-higienistów“, ale przedewszystkiem w „Festschrift zum sechzigsten Geburtstage von Robert Koch“, w którem to dziele uczniowie złożyli swemu mistrzowi szereg doborowych prac, których wątpię, by ktoś z zawodowców-higienistów mógł nie czytać.

Ponieważ te doświadczenia były wykonane pod okiem „zawodowych higienistów“ w Instytucie Kocha i wypadły porównawczo na korzyść przyrządu „Berolina“, przeto dołączywszy do tego moje próby, zgodne z wynikami Proskauera i Elsnera, muszę uważać przyrząd ten za postęp w odkażaniu formalinowem mieszkań, bez względu na większą ilość używanej formaliny i choćby nieco większe koszta przyrządu, — wychodząc z zasady, że konieczność i powszechność tego odkażania ugruntuje najlepiej zupełnie „pewny“ przyrząd, — a za duży postęp ku temu ideałowi muszę uważać na podstawie przytoczonych danych aparat Proskauera i Elsnera.

Muszę też dlatego podziękować kol. Bierowi, że przez wszczęcie polemiki dał sposobność do zwrócenia baczniejszej uwagi na ten przyrząd. *Dr. Pisarski.*

Na tem Redakcya dalszą polemikę zamyka.

Oceny i sprawozdania.

Krętek blady Schaudinna *(Spirochaete pallida Schaudinn).*

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr. Jan T. Lenartowicz.

(Dokończenie.)

Do ostatnich tygodni nie było rozstrzygniętem stanowczo, jaka jest właściwa budowa krętka bladego i jakie przeznaczyć należy mu miejsce w systematyce mikrobów. Schaudinn na podstawie podobieństwa krętka bladego z innymi krętkami, a szczególnie z krętkiem Ziemanna, żyjącym pasorzytnie u sów, teoretycznie przypuszczał, że krętek blady zaliczyć należy do pierwotniaków (*protozoa*), t. j. najniższych jednokomórkowych tworów świata zwierzęcego. Herxheimer żąda, aby dla stanowczego rozstrzygnięcia stwierdzić jądro komórkowe, wykryć okresy rozwoju, wniknąć głębiej w budowę jądra i komórki i określić aglutynacyę. W szczegóły budowy ciała krętka bladego starają się wniknąć Wechselmann i Löwenthal, którzy do tego celu posługują się ultramikroskopem. Przyjmują oni istnienie jąder, dość wyraźnych, których jednak dokładniej nie opisują, nadto dodają, że krętki blade dłuższe, o większej liczbie skrętów, są połączeniem kilku osobników pojedynczych i drobniejszych. Przytem opisują dwojakie twory, które mieli stale napotykać obok krętków bladych. Jedne z tych tworów mają kształt rożków o jednem lub kilku jądrach, drugie kształt laseczek delikatnych, jedno-, dwu- lub wielojądrzastych. Upatrują w tem podobieństwo do innych rodzajów krętków, u których podobne twory także stale się znajdują. Herxheimer, zajmując się dokładniej budową ciała krętka bladego, dosyć niejasno opisuje trzy grupy bardzo delikatnych tworów, w rodzaju ziarn. Jedne z tych ziarenek leżą wśród ciała krętka bladego (nigdy na końcu) i to w niejednakowej, zmiennej liczbie (blepharoblasty?), drugie — są to ziarna okrągłe, lub owalne, większe od poprzednich i czynią wrażenie jakby wypukleń czy nabrzmień w ciele krętka, (autor uważa je za jądra komórkowe); trzecie wreszcie leżą na końcu ciała krętka bladego i mogłyby zdaniem autora uchodzić za centrosom. Wszystkie te ziarna zalicza H. do jednej grupy. Inne ziarna, jeszcze drobniejsze, ale znajdujące się już na zewnątrz ciała komórkowego, jakby przyczepione do krętka bladego, zalicza H. do grupy drugiej i uważa za wytwory wymiany materyi krętków bladych, za wytwory wydzielnicze. Trzeciego wreszcie rodzaju ziarn, mniej wyraźnego, H. dokładniej nie tłómaczy.

W morfologii krętka bladego, a poniekąd w systematyce i biologii robią w ostatnich tygodniach ważny krok naprzód Krzyształowicz i Siedlecki. Już w pierwszej swej pracy zaznaczają istnienie podłużnego podziału krętków, — szczegół bardzo ważny, o którym Schaudinn dopiero później w drugiej swej pracy wspomina. Dalej stosownie do teoryi Schaudinna, że krętek blady mógłby, równie jak krętek Ziemanna, być jednem z ogniw rozwoju świdrowca (*trypanosoma*), stosownie do żądań Herxheimera, żeby, nim się krętka bladego zaliczy do pierwotniaków, wykryć w ciele jego jądro komórkowe i podać okresy rozwoju, autorowie ci podejmują mozolną pracę[1]) i w ostatnich dniach ogłaszają jej ważne wyniki. Przedewszystkiem oni pierwsi widzieli i dokładnie opisali jądro w ciele krętka bladego. Poprzedni badacze (z wyjątkiem jednego tylko Mulzera, który podaje najbardziej jeszcze dokładny i z opisem Siedleckiego i Krzyształowicza zgodny opis jądra komórkowego), tak niejasno podają wyniki swych badań i tak mało

[1]) Za łaskawe użyczenie mi do przeczytania pracy jeszcze w rękopisie Obu Szanownym Autorom raz jeszcze na tem miejscu najuprzejmiej dziękuję.

kładą na opis jądra nacisku, że istotnie dopiero praca Siedleckiego i Krzyształowicza te szczegóły wyjaśnia. Grubość krętka bladego nie jest ich zdaniem bynajmniej cechą odróżniającą, bo zależy od mniejszego lub większego skurczenia się ciała komórkowego; zgodnie zresztą z zapatrywaniem Oppenheima i Sachsa, którzy podnoszą, że grubość krętka bladego zależy od sposobu barwienia i od utrwalania. Preparaty, utrwalane w wyskoku, odciągającym silnie wodę, zawierać będą krętki cieńsze i delikatniejsze, niż te, które utrwalano bez użycia wyskoku. Krzyształowicz i Siedlecki uważają za najważniejszą cechę krętka bladego ostre wyciągnięcie końców ciała komórkowego, a nie, jak twierdzi Schaudinn, delikatne nitkowate jego zarysy. Owszem, w preparatach, którymi się posługiwali, napotykali typowe krętki blade stosunkowo dość grube, skurczone, i w tych grubszych właśnie okazach najdokładniej widzieli jądro. Tworzy ono niejako przerwę w ciele krętka bladego, przerwę, mającą jednak delikatne zarysy.

Prócz tego widzieli w jądrze drobne punkty: karyosomy. »Obecność zatem jądra u tworów, mogących się poruszać, a więc i zmieniać kształt, nakazuje zaliczać krętek blady do pierwotniaków«. To pierwszy najważniejszy punkt pracy Siedleckiego i Krzyształowicza, a zarazem wskazanie właściwego miejsca dla krętka bladego w systematyce mikrobów. Zaliczać go wobec tego należy do tworów świata zwierzęcego, a oddzielić stanowczo od drobnoustrojów świata roślinnego. Punkt drugi, to udowodnienie tego, co Schaudinn już dawniej podał, jako przypuszczenie. Ponieważ, wedle badań Schaudinna, krętek Ziemanna jest jednym z okresów rozwoju świdrowca (*trypanosoma*), wyraził tenże badacz przypuszczenie, iż możliwem jest, że i krętek blady jest postacią pochodną jakiegoś bliżej nieznanego świdrowca. Siedlecki i Krzyształowicz istotnie znajdują w swych preparatach obok krętka bladego postacie świdrowca, a prócz tego postacie przejściowe między świdrowcem, a krętkiem bladym. Świdrowiec, zdaniem ich, odgrywa w historyi rozwoju krętka bladego rolę makrogameta t. j. żeńskiej komórki rozrodczej. Istnienia płciowego rozmnażania się zaś dowodzi znalezienie tworów, podobnych do krętków bladych, ale krótszych i grubszych, albo złączonych w kolonie w postaci nitek długich wielojądrzastych, albo odosobnionych i wówczas krótkich, w środku ciała zgrubiałych, w zgrubieniu jądro zawierających, a na końcach zaostrzonych. Twory te uważają Siedlecki i Krzyształowicz za komórki męzkie: mikrogamety. Że te twory odgrywają rolę męzkich komórek rozrodczych, dowodzi łączenie się owych tworów (mikrogametów) ze świdrowcami, jako makrogametami. Jaki jest twór, powstały po kopulacyi, autorowie na razie rozstrzygnąć nie mogą; już jednak samo stwierdzenie świdrowca obok krętka bladego, stanowcze zaliczenie krętka bladego do pierwotniaków, określenie roli świdrowca jako makrogameta i odszukanie odpowiedniego mikrogameta, rzuca wiele światła na biologię krętka bladego, daje pewną liczbę ogniw, które należy tylko połączyć w całość zamkniętą. Prócz tego opisują Krzyształowicz i Siedlecki inne jeszcze twory, z których jeden rodzaj ma postać ciał podłużnych, falistych, wielojądrzastych, nieregularnie powyginanych, znacznie dłuższych i grubszych od zwykłych krętków, ciał, często na końcu rozszerzonych lub w płaty wyciągniętych. Twory te mogłyby być zdaniem autorów postacią rozwojową krętka bladego.

Tyle co do morfologii krętka bladego.

Przejdźmy obecnie do rzeczy powszechnie więcej znanych, a praktycznie może nawet ważniejszych, to jest do wykazania dróg, na jakich krętka bladego szukać należy, do sposobów sporządzania preparatów, uzyskiwania odpowiedniego materyału do badania i do metod barwienia.

Prac w tym kierunku (bezsprzecznie łatwiejszym) jest nierównie więcej. Prócz Schaudinna i Hoffmanna zajmowali się tem: Miecznikow, Roux, Levaditi, Kraus, Paschen, Mulzer, Bonnhoff, Roscher, Reitmann, Scholz, Siebert, Wolters, Bandi i Simonelli, Grouven i Fabry, Flügel, Oppenheim, Lipschütz i wielu innych.

Jedni, jak Mulzer, Reitmann, Roscher, Scholz, Lipschütz, stawiali sobie za zadanie przejrzenie jak najobfitszego materyału i tylko sprawdzenie dawniejszych badań, inni, jak Nöggerath i Staehelin, Buschke i Fischer, Brönnum i Ellermann, bądźto ogłaszali ciekawsze przypadki, bądź też podawali nowe drogi i sposoby badania.

Najodpowiedniejszym materyałem do sporządzania preparatów i wyszukania w nich krętka bladego są przypadki kiły świeżej, czy to pierwszorzędnej (wrzody twarde na częściach płciowych i pozapłciowe), czy też drugorzędnej (kłykciny sączące części płciowych, jamy ust, odbytnicy, guzki pokryte lub pozbawione naskórka i t. p.). Odpowiednim również materyałem, zwłaszcza, jeśli chodzi o uzyskanie samego tylko krętka bladego bez zanieczyszczeń innymi drobnoustrojami, jest sok z gruczołów chłonnych w okresie kiły świeżej, wówczas gdy te gruczoły są jeszcze wybitnie powiększone i soczyste.

Na takim też materyale opierały się pierwsze badania Schaudinna i Hoffmanna i z niego właśnie uzyskali początkowo tak oni, jak i inni badacze, pierwsze dodatnie wyniki. Chodzi tylko o to, w jaki sposób z takiego materyału sporządzać preparaty, by w nich potem znaleźć krętka bladego.

Większość autorów trojakiego do tego celu używała sposobu. Posługiwano się albo tak zwanymi preparatami odbitymi (Klatschpräparate), albo płytkiem zeskrobaniem powierzchownych warstw zmiany kiłowej, albo też skrobano głębiej i badano strzępy tkanek, w ten sposób uzyskane. Sposób pierwszy jest najmniej pewny; jakkolwiekby się zmianę kiłową, z której ma się otrzymać preparat, obmyło i oczyściło, zawsze pozostanie jeszcze dużo zanieczyszczeń rozmaitemi bakteryami, a to utrudnia badanie, utrudnia wyszukanie w preparacie krętka bladego, którego już i tak odszukać niełatwo i ze względu na delikatną budowę jego ciała i ze względu na słabe barwienie się. Nadto, jak dowiedli Krzyształowicz i Siedlecki, ilość krętków bladych rośnie w stosunku do głębokości podłoża, to znaczy: z im głębszych części zmiany kiłowej pochodzi materyał do badania, tem pewniej i tem obficiej napotykamy krętka bladego. Mulzer, który wykonał badania u bardzo wielu chorych kiłowych i niekiłowych, używając zawsze wszystkich trzech wspomnianych sposobów, zaznacza, że najpewniej dochodził do celu, jeśli posługiwał się skrobaniem płytkiem i głębokiem. Przez skrobanie płytkie rozumie się płytkie zdarcie (po poprzedniem oczyszczeniu pola badania) jakiemkolwiek tępem narzędziem powierzchownych warstw badanej zmiany kiłowej i uzyskanie w ten sposób soku tkankowego (surowicy i limfy), niejednokrotnie z krwią zmieszanego. Domieszka krwi jest niepożądana, bo ciałka krwi zasłaniają następnie w preparacie inne szczegóły i mogą badanie bardzo utrudniać. Stąd też Krzyształowicz i Siedlecki sposób ten nieco zmienili: zeskrobawszy spłaszczoną kopystką platynową warstwy powierzchowne, uciskają palcami z boków badany wykwit kiłowy, a wydobywającą się skutkiem ucisku ciecz surowiczą z małą tylko domieszką krwi biorą na szkiełko przedmiotowe. Skrobanie głębsze, zapomocą którego uzyskujemy strzępy tkanki, nadaje się głównie przy zmianach powierzchownych, suchych, zajmujących większe przestrzenie. Wydobyte strzępy tkanki rozgniata się między szkiełkami i bada się sok ich, ile możności bez domieszki krwi. Levaditi i Petresco jeszcze jednego używali sposobu. Suchy guzek skórny lub miejsce skóry, zajęte zmianą kiłową, drażnili jakiemkolwiek pryszczydłem, a wywoławszy w ten sposób pęcherze surowicą wypełnione, badali treść tych pęcherzy.

Co do gruczołów chłonnych, to celem dobycia z nich soku, potrzebnego do badania, podają Schaudinn i Hoffmann dwie, równie dobre metody. Albo się gruczoły bezgnilnie wyłuszcza i bada sok z nich wyciśnięty, albo po odpowiedniem oczyszczeniu pola operacyjnego nakłuwa się gruczoł igłą strzykawki i stara się wyciągnąć z niego sok. Niektórzy autorowie radzą celem łatwiejszego dobycia soku gruczołów lekkie miesienie lub ucisk w czasie aspiracyi. Lipschütz zaś stwierdza, że wyciągać należy sok z powierzchni gruczołów, gdyż naciek kiłowy i krętki znajdują się głównie w torebkach gruczołów.

Jakiegokolwiek z tych sposobów użyjemy i czyto bierzemy materyał z wykwitów kiłowych, czy z soku gruczołów chłonnych, czy też z narządów wewnętrznych za życia lub po śmierci, pozostają do wyboru dwie dalsze drogi badania. Albo badamy materyał świeży i żywy w kropli wiszącej i wówczas najlepiej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, albo też materyał utrwalony, martwy, barwimy według pewnych metod i dopiero zabarwiony poddajemy badaniu. Droga pierwsza, jakkolwiek trudna może dla początkującego badacza, ma jednak, zdaniem Schaudinna, nad drugą tę wyższość, że można pewniej i bardziej stanowczo, według skrętów ciała i ruchów odróżnić krętek blady od pokrewnego mu, a często obok niego znajdującego się krętka łamiącego światło (*sp. refringens*). Większość jednak autorów z wyjątkiem Scholza używała do badań wyłącznie preparatów zabarwionych.

Otóż sposobów barwienia mamy dotychczas kilka, a jakkolwiek początkowo Schaudinn i Hoffmann podali tylko jedną metodę i tylko tę jedną (metoda Giemsy) początkowo zalecali, uważając ją poniekąd za swoistą, to jednak z biegiem

czasu okazało się, że i innymi sposobami barwienia nie do gorszych dochodzi się wyników. Podana przez nich metoda Giemsy, przez niego samego później ulepszona, zasługuje na to, by zapoznać się z nią nawet w szczegółach i posługiwać się nią w celach praktycznych. Podany przez Giemsę barwik ma skład następujący: *Azur II-Eosin 3 gr.*, *Azur II 0,8 gr.*, *Glycerini* (*Merck chem. rein*) *250 gr.*, *Methylalkohol* (*Kahlbaum I*) *250 gr.*

Sposób zaś barwienia tym barwikiem jest następujący:

1) Materyał, rozprowadzony cienko! na szkiełku i wysuszony na powietrzu, utrwalić w bezwodnym wyskoku przez 15—20 minut. Następnie osuszyć bibułą.

2) Barwik Giemsy rozcieńczyć przekroploną wodą tak, by na 1 cm^3 wody przypadała 1 kropla barwika. Rozczyn ten dobrze wymieszać.

3) Tak rozcieńczonym barwikiem polać preparat natychmiast po osuszeniu i barwić przez 10—15 minut. (Najlepsze jednak zabarwienie otrzymuje się, gdy się działa barwikiem przez godzinę).

4) Obmyć dość silnym strumieniem wody.

5) Osuszyć bibułą, pokryć balsamem i szkiełkiem.

Preparat uważać należy dopiero wówczas za zabarwiony należycie, jeżeli jądra komórkowe zabarwią się czarno-czerwono (nie niebiesko). Wówczas i krętek blady barwi się właściwą mu barwą czerwoną. Drobne szczegóły wychodzą zdaniem Schaudinna najlepiej, gdy preparat utrwala się przez kilka sekund w parach kwasu osmowego.

Prócz tej metody podali inne sposoby liczni badacze jak: Davidsohn, Herxheimer i Hübner, Ploeger, Reitmann, Oppenheim i Sachs.

Reitmann po utrwaleniu preparatu w bezwodnym wyskoku i po zmyciu go wodą przekroploną wkłada go na 5 minut do 2% kwasu fosforo-wolframowego, który ma być poniekąd zaprawą dla krętka bladego, następnie opłukuje znów wodą przekroploną i 70% wyskokiem, znowu wodą, a po osuszeniu barwi używaną zwykle w bakteryologii nierozcieńczoną fuksyną karbolową, zagrzewając aż do powstania dymów. Przeprowadza następnie preparat przez wodę, wyskok, znów przez wodę, osusza i przykrywa balsamem i szkiełkiem. Jądra komórkowe barwią się wówczas ciemno, plazma jasno, surowica jeszcze jaśniej, a krętek blady wyraźnie i silnie czerwono.

Prostszymi sposobami barwienia posługują się Davidsohn, Oppenheim i Sachs. Davidsohn barwi krezylfioletem, dając na 100 gr. wody przekroplonej szczyptę (na koniec noża) tego barwika. Tak sporządzonym płynem barwi przez $^{1}/_{2}$, 1 lub nawet 40 godzin. Sposób Oppenheima i Sachsa ma być, jak sami autorowie w tytule pracy podają, »prostą i szybką metodą wyraźnego przedstawienia krętka bladego«. Używają oni karbolowego rozczynu fioletu gencyany (na 100 gr. 5% rozczynu kwasu karbolowego, 10 gr. wyskoku zgęszczonego rozczynu gencyany). Barwikiem tym barwią preparaty, wysuszone tylko na powietrzu, nie utrwalając ich wcale w wyskoku, jak to się robi przy innych sposobach barwienia. Barwią na gorąco, zagrzewając nad płomieniem aż do powstania dymów, poczem opłukują ostrożnie wodą i przykrywają balsamem i szkiełkiem. Krętek blady barwi się tą metodą pięknie niebiesko, a tylko skutkiem pominięcia wyskoku, odciągającego wodę, jest nieco grubszy. *Spirochaete refringens* barwi się tym sposobem znacznie ciemniej i wydaje się jeszcze grubszą. Główną zaletą tej metody jest prostota, łatwość i szybkość.

Prócz tych metod wspomnieć należy barwienie Marino (Bleu de Marino i eozyna), metodę Levaditiego (wezuwina i błękit metylowy Unny) i barwienie zapomocą Capriblau i Nilblau.

Z pomocą tych metod barwienia i wspomnianych wyżej sposobów sporządzania preparatów znalazł cały szereg badaczów stale i bez wyjątku mniej lub więcej liczne okazy krętka bladego w tworach kiły wczesnej, a nawet późnej, zgodnie stwierdzając, że krętek blady znajduje się tylko w wykwitach kiłowych, gdy natomiast poszukiwanie krętka bladego u osób zdrowych, lub chorych niekiłowych było bezskuteczne. Najwdzięczniejszym materyałem, jak potwierdza zgodnie większość badaczów, są przypadki kiły drugorzędnej i to świeżej. W tych zaś znów przypadkach, jak zauważył Roscher, najłatwiej znaleźć krętek blady w tych zmianach, które obfitują najbardziej w sok tkankowy, a więc przedewszystkiem w kłykcinach sączących, czyto na częściach rodnych, czy poza niemi, w obnażonych z naskórka guzkach i t. p. Największa też liczba badań dotyczy tego okresu kiły. Zbytecznem byłoby przytaczać tutaj dane statystyczne wszystkich autorów; wystarczy podać średni odsetek wyników dodatnich. Bezwątpienia odsetek ten, jak zauważył Schaudinn i inni badacze, rósł w miarę tego, jak uczono się rozpoznawać krętka bladego, jak nabierano wprawy w patrzeniu i szukaniu. Dziś już, przynajmniej co do kiły pierwszo- i drugorzędnej, możemy śmiało powiedzieć, że na 100 badanych przypadków w 90 krętki blade na pewne znaleźć można. Wynika to z obszernej statystyki Roschera, jak również ze statystyki Mulzera i Lipschütza.

Roscher badał 100 osób, świeżą kiłą dotkniętych, w tem łącznie 206 różnych objawów kiły. Na 100 przypadków w 90 i na 206 różnych wykwitów kiłowych w 184 znalazł krętki blade (89·3%). Badane były wrzody pierwotne na częściach rodnych i poza niemi, kłykciny sączące jamy ustnej i części rodnych, guzki suche i z naskórka obnażone, guzki ze skóry pokrytej włosami, kłykciny między palcami, sok z gruczołów chłonnych, blizkich źródła zakażenia i t. d.

Mulzer na 22 przypadki znalazł krętki blade w 20 (90·9%). Lipschütz i inni podają mniej więcej te same liczby. Nie zadawalano się jednak znalezieniem krętka bladego jedynie w tworach kiły pierwszo- i drugorzędnej i stwierdzeniem, że u zdrowych, jakoteż u chorych niekiłowych we wszelkiego rodzaju zmianach krętka bladego wykryć nie można. Jeśli krętek blady miał być uważany za właściwy zarazek kiły, to trzeba było jeszcze pewniejszych dowodów. Należało dowieść jego obecność nietylko w wykwitach kiły wczesnej, nietylko w zmianach powierzchownych, ale także w narządach wewnętrznych, we krwi i w zmianach późnych, choćby w kilakach. Toteż i na tem polu nie brak badań z wynikiem dodatnim. Dowodem tego prace: Buschkego i Fischera, Levaditiego, Salmona, Sieberta, Grouvena i Fabrego, Brönnuma i Ellermanna, Souzay i Pereiray, Nigrisa, Reischauera i innych.

W narządach wewnętrznych szukać było, rzecz prosta, najłatwiej na zwłokach, a że kiła u dorosłych najczęściej tylko w postaci zmian trzeciorzędnych, a więc bardzo późnych, nieprzydatnych do badania, napotykana bywa na stole sekcyjnym, przeto zwrócono się do badania kiły dziedzicznej. Tu bowiem są wszystkie dodatnie warunki, bo i częstość odpowiedniego materyału sekcyjnego i zmiany świeże na skórze i liczne zmiany w narządach wewnętrznych.

W narządach wewnętrznych, a mianowicie w soku wątroby, śledziony i płuc, wykazali krętka bladego pierwsi Buschke i Fischer. Opisany przez nich przypadek dotyczy 8-tygodniowego dziecka, zmarłego na kiłę dziedziczną. Sekcyę wykonano w 36 godzin po śmierci na zwłokach, przechowanych przez cały ten czas (celem uniknięcia rozkładu) w lodzie. Chociaż badacze ci znaleźli liczne okazy krętka bladego w wymienionych narządach, jednakowoż wynik badania ogłosili z zastrzeżeniem, że możliwem jest, iż po tak długim przeciągu czasu krętek blady wniknął do tych narządów dopiero następowo. Ostrożność tę nakazywała zwłaszcza i ta okoliczność, że za życia dziecka ani we krwi jego, ani też w licznych zmianach kiłowych na skórze krętka bladego wykazać nie zdołano. Ale już w kilka dni potem ogłaszają ci sami autorowie dodatek do poprzedniej pracy, podnosząc w nim, że zarzut, jakoby krętek blady dostał się do ustroju po śmierci, odpada, bo w ponownie przejrzanych preparatach z wziętych za życia tworów kiłowych znaleźli równie liczne okazy krętka bladego.

Bezpośrednio po nich stwierdził krętka bladego Levaditi w pęcherzach pęcherzycy kiłowej (*pemphigus syphiliticus neonatorum*), a obok tego w soku śledziony, wątroby i płuc. Również Souza i Pereira u 3-dniowego dziecka, zmarłego na kiłę, w surowicy pęcherzy, w soku śledziony, w soku nerek i bardzo liczne okazy w soku wątroby, a obok tego we krwi. Nieco później znaleźli znów liczne okazy krętka bladego Babes i Panea w soku nadnerczy, grasicy, śledziony, w szpiku kostnym i we krwi z serca. Brönnum i Ellermann donoszą o dodatnich wynikach badania u 7-miesięcznego zmacerowanego płodu. Spitzer wykrył krętki blade w kilakach w skąpych wprawdzie, ale typowych okazach. Rille i Vockerodt znajdują go nawet w suchych guzkach łuszczycy kiłowej rąk (*psoriasis palmaris syphilitica*), Bandi i Simonelli we krwi, wziętej z plamistej wysypki kiłowej (*roseola syphilitica*), Raubitschek we krwi opuszki palca osoby, dotkniętej drugorzędną kiłą. Badania krwi na większą skalę wykonali Noeggerath i Staehelin. Do badań brali za każdym razem 1 cm^3 krwi, rozcieńczali go 10 cm^3 $^{1}/_{3}$% kwasu octowego i mieszaninę centryfugowali. W osadzie krwi osób kiłowych znajdowali tym sposobem zawsze mniej lub więcej liczne okazy krętka bladego. U niekiłowych nie znajdowali go nigdy.

Najbardziej jednak znamiennem jest znalezienie krętka bladego u małp, którym sztucznie zaszczepiono kiłę ludzką. Miecznikow i Roux znaleźli go w zmianach pierwszorzędnych i drugorzędnych na 6 szczepionych małp czterokrotnie. Co więcej autorowie ci znajdowali krętka bladego nietylko wówczas, gdy szczepili kiłę z człowieka na małpę, ale i wtedy, gdy przeszczepiali z małpy na małpę. A przecie, jak zauważa Kraus, który wykonał podobne doświadczenia, u małp zdrowych nigdy ani na skórze zdrowej, ani nawet w inny sposób chorobowo zmienionej, krętka bladego się nie napotyka. Hoffmann szczepi małpę (*macacus*) krwią chorego na kiłę (nie leczonego) i we wrzodzie pierwotnym znajduje również krętki blade.

Siebert nie mniej ciekawe wykonał doświadczenie: Miecznikow i Roux zauważyli, że jad kiłowy nie przechodzi przez sączek gliniany. Otóż Siebert sączył krew chorych na kiłę i gdy w przesączu krętka bladego nie znajdował, to natomiast zdołał go wykryć na ścianach sączka.

W pierwszych tygodniach bieżącego roku Buschke i Fischer podali do wiadomości spostrzeżenie, dotąd może najdonioślejsze, mianowicie stwierdzenie krętka bladego w skrawkach narządów wewnętrznych dzieci, zmarłych na kiłę dziedziczną. Przed nimi miał podobno pierwszy Herxheimer widzieć dwa zaledwie, czy trzy okazy krętka bladego w skrawkach, ale tak niewyraźnie, że właściwie na tem tylko nie można się było opierać. Dopiero Bertarelli i Volpino podali odpowiedni sposób badania i pierwsi w skrawkach wykryli nieliczne okazy. Buschke i Fischer, posługując się ich sposobem, opisują już dokładnie rozmieszczenie krętków bladych w tkankach. Znaleźli oni krętki blade w skrawkach z kłykcin sączących, w skrawkach z wątroby i śledziony w 2 przypadkach, a w jednym przypadku w skrawkach z nerki i guzka skórnego. We wszystkich rodzajach skrawków najobficiej znajdował się krętek blady w otoczeniu naczyń, w ścianach naczyń w warstwie śródbłonka, a nawet w świetle naczyń. W skrawkach z guzka skórnego krętki blade najczęściej leżały w warstwie brodawkowatej i to wokoło naczyń włosowatych. W skórze właściwej było ich znacznie mniej i tu znów najczęściej wokoło gruczołów potnych, łojowych i torebek włosowych.

Jakkolwiek wszystkie te spostrzeżenia, oparte na licznych i bardzo sumiennych pracach znacznej liczby badaczy, przemawiałyby za tem, że krętek blady stoi w związku przyczynowym z kiłą, to jednak dotąd żaden autor, nie wyłączając Schaudinna, nie odważył się wypowiedzieć stanowczo twierdzenia, że krętek blady jest niewątpliwie i pewnie swoistym zarazkiem kiły. Zapatrywania wszystkich badaczy możnaby zamknąć w słowach Krausa, wypowiedzianych na posiedzeniu lekarzy w Wiedniu: »bis jetzt spricht alles dafür, dass wir in Spirochaete pallida, mit aller fast mit Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit den Syphiliserreger gefunden haben«.

W podobnym też duchu odpowiadają w Nr. 52 »Medizinische Klinik« z r. 1905 na zapytanie redakcyi tego pisma tacy klinicyści i badacze, jak: Finger, Jadassohn, Düring, Wolters, Bettmann i inni.

Przyczyną tej ostrożności w wypowiedzeniu ostatecznego zdania o roli przyczynowej krętka bladego w kile, jest jak dotąd niemożność uzyskania czystej jego hodowli, niemożność dostarczenia tego już niezbitego dowodu naukowego, któryby rozstrzygnął na zawsze wszelkie wątpliwości. Wątpliwości te są jeszcze dotąd. Obok bowiem krętka bladego chcą niektórzy autorowie w ostatnich czasach przypisywać rolę przyczynową w kile także opisanemu przez Siegla *cytorrhyctes luis*, a ci z natury rzeczy są przeciwnikami zapatrywań Schaudinna. Do takich należy Freund, Thesing, a poniekąd i Scholz, który, mimo tego, że sam stwierdził w kile krętki blade, podnosi, że możliwem jest, iż krętek blady znajduje się dlatego stale w zmianach kiłowych i tylko kiłowych, że kiła wytwarza dla niego odpowiednie podłoże bez przyczynowego głębszego zresztą związku. Autor ten miał też znaleźć typowe okazy krętka bladego w kłykcinach kończystych (*condylomata accuminata*), ale sam dodaje, że kłykciny te miały szeroką podstawę tak, jak kłykciny sączące.

Twierdzenie Thesinga, jakoby krętek blady był niewinnym drobnoustrojem, rosnącym w barwiku Giemsy, wygląda śmiesznie wobec tego, że krętki blade oglądano i żywe, więc bez użycia barwika i barwione innymi sposobami.

Doniesienie Kiolemenoglou i Cube o wykryciu krętka bladego w ropie z zapalenia żołędzi, w kłykcinach, w rozpadłych rakach i ropniach w gruźlicy skóry (*scrophuloderma*) sprostował, jak już poprzednio zaznaczono, Schaudinn.

Pozostawałby, jak dotąd, jeden tylko fakt, dotąd nierozstrzygnięty jeszcze, fakt znalezienia krętka bladego w tworze zgoła niekiłowym, bo w nabłoniaku skóry zakaźnym (*molluscum contagiosum*). Spostrzeżenie to podaje Flügel, ale zaznacza przytem, że ów nowotwór dotyczył chorego na kiłę.

Takie są mniej więcej w ogólnych zarysach dotychczasowe wiadomości nasze o krętku bladym. Zestawiając je, starałem się jedynie podnieść ważniejsze fakta, ocenę etyologicznego znaczenia krętka bladego w kile pozostawiając własnemu sądowi czytelników.

Piśmiennictwo. R. Kraus. Wien. klin. Wochschr. 1905, 22. — H. Raubitschek. Wien. klin. Wochschr. 1905. 28. — L. Spitzer. Wien. klin. Wochschr. 1905. 31. — R. Kraus Wien. klin. Wochschr. 1905. 37. — R. Kraus. Wien. klin. Woch. 1905. 41. — M Oppenheim i O. Sachs. Wien. klin. Wochschr 1905. 45. — F. Schaudinn i E Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 22. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 23. — V. Babes i I. Panca. Berl klin. Woch. 1905. 28. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 28. — C. Davidsohn. Berl. klin. Woch. 1905. 31. — E. Hoffmann. Berl. klin. Woch. 1905. 32. — H. Bonnhoff. Berl. klin. Wochschr. 1905. 36. — P. Mulzer. Berl. klin. Woch. 1905. 36. — Roscher. Berl. klin. Woch. 1905. 44. — Roscher. Berl. klin. Wochschr. 1905. 45. — Roscher. Berlin. klin. Wochschr. 1905. 46. — E. Hoffmann. Berl. klin. Wochschr. 1905. 46. — de Souza jun. i Pereira. Berl. klin. Wochschr. 1905. 44. — F. Schaudinn i E. Hoffmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 18. — A. Buschke i W. Fischer. Deut. med. Wochschr. 1905. 20. — K. Reitmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 25. — K. Herxheimer i H. Hübner. Deut. med. Wochschr. 1905. 26. — G. Giemsa. Deut. med. Wochschr. 1905. 26. — M. Oppenheim i O. Sachs. Deut. med. Wochschr. 1905. 29. — Reischauer. Deut. med. Wochschr. 1905. 34. — Guido Nigris. Deut. med. Wochschr. 1905. 36. — W. Scholz. Deut. med. Wochschr. 1905. 37. — C. Grouven i H. Fabry. Deut. med. Wochschr. 1905. 37. — C. Siebert. Deut. med. Wochschr. 1905. 41. — F. Schaudinn. Deut. med. Wochschr. 1905. 42. — E. Hoffmann. Deut. med. Wochschr. 1905. 43. — Brönnum i Ellermann. Deut. med. Wochschr. 1905. 44. — H. Flügel. Deut. med. Wochschr. 1905. 44. — B. Lipschütz. Deut. med. Wochschr. 1005. 46. — C. Frankel. Münch. med. Wochschr. 1905. 24. — Thesing. Münch. med. Wochschr. 1905. 28. — Rille. Münch. med. Wochschr. 1905 29. — H. Ploeger. Münch. med. Wochschr. 1905. 29. — Nöggerrath i Staehelin. Münch. med. Wochschr. 1905. 31. — Rille i Vockerodt. Münch. med. Wochschr. 1905. 34. — Bandi i Simonelli. Münch. med. Wochschr. 1905. 35. — G. Sobernheim i C. Tomasczewski. Münch. med. Wochschr. 1905. 39. — K. Herxheimer. Münch. med. Wochschr. 1905. 39. — K. Herxheimer i Löser. Münch. med. Wochschr. 1905. 46. — F. Krzyształowicz i M. Siedlecki. Monatsh. für prak. Dermat. 1905. 41. Przegląd lek. 1005. — Wechselmann i Löventhal. Med. Klinik 1905. 26. — Einige beim Menschen gefundene Spirochaeten Med. Klinik 1905. 28. — K. Herxheimer. Med. Klinik 1905. 32. — Wechselmann i Löventhal. Med. Klinik 1905. 33. — M. Wolters. Med. Klinik. 1905. 38. — Med. Klinik 1905. 52. — M. Siedlecki i F. Krzysztalowicz. Rozprawy Akademii Umiejętnosci w Krakowie 1905. — Levaditi C. R. Soc. Biol. 1905. 24. — Buschke i Fischer. 1906. 2.

Pharmacopea austriaca editio VIII.

Właśnie wyszło ósme wydanie farmakopei austryackiej, które według rozporządzenia minist. z dnia 8 stycznia r. 1906 L. 56858 obowiązywać będzie od 1 lipca b. r. W egzemplarz tego wydania mają się zaopatrzyć wszyscy aptekarze i prowadzący domową aptekę lekarze, a lekarze urzędowi, praktykujący i weterynarze mają się dokładnie zapoznać z treścią i postanowieniami nowej farmakopei.

Ósme wydanie farmakopei uwzględnia nowe zdobycze nauki na polu lecznictwa, chemii farmaceutycznej i farmakognozyi. Z tego powodu wykreślono z farmakopei cały szereg leków i związków przestarzałych, o niepewnem działaniu, a zastąpiono je nowymi przetworami. Z nowych leków przyjęto jednak tylko takie, których działanie lecznicze zostało wypróbowane klinicznie i których skład chemiczny jest znany, stały, a czystość chemiczna może być łatwo zbadana. Z tego też powodu nie umieszczono w farmakopei przetworów organo-terapeutycznych i surowic, a co do sprzedaży tych środków wydało ministerstwo osobne rozporządzenia. I tak usunięto z farmakopei z ważniejszych przetworów: Antidotum Arsenici albi, Aqua Amygdalar. amar. Extract. Aconiti, Extract. Conii, Folia Coca, Hirudines, Hydrarg. bijodat. rubr., Kalium sulfurat., Massa pilular. Ruffi, Oleum Anisi, Bergamottae, Carvi. Radix Aconiti, Sapo venetus, Syrup. Papaveris, Tinct. spilanth. comp., Vinum Colchici i wiele innych. Natomiast przyjęto przetwory: Acet. pyrolign. crud., Adeps Lanae, Aether pro narcosi, Aethylum chloratum, Anetholum, Aqua chloroformiata, Bismuthum subsalicylicum, Chloroform pro narcosi, Cinnamalum, Cort. Quilaiae, Eugenolum, Extracta fluida: Chinae, Colae, Fungus Secalis, Hamamelidis, Viburni; Folia: Farfarae, Hamamelidis, Jaborandi, Juglandis; Fructus: Myrtilli

Sennae; Guaiacolum carbon; Herba: Adonidis, Convallariae, Equiseti, Maioranae, Polygonii; Hydrogenium hyperoxydatum solutum; Kreosotum carbonicum; Morphium diacetylicum, Olea: Betulae empyreum., Caiuputi, Sesami; Phenylum salicylicum; Pilulae acidi arsenic. composit.; Pilulae Kreosoti; Plumbum jodatum; Protargolum; Semen Colae; Species diureticae; Spirit. Formicarum; Syr. Aurant. florum; Syr. opiatus; Tannalbinum; Unguent. Naphtoli com.; Zinc., sulfocarbol.; Tela hydrophila; Tela et gossypium carbol. 2%; Gossyp. et Tela cum Bismutho subgallico 20%; Gossyp. et Tela iodoformiata 10, 20 et 30%, Gossypium et Tela salicylata 3%.

Osobno w dodatku do farmakopei (Elenchus) umieszczono cały szereg przetworów leczniczych złożonych, które się przyjęły w lecznictwie i są często przez lekarzy zapisywane. Farmakopea podaje sposoby przyrządzenia i stosunek składników tych przetworów, wyrabianych dotychczas przez aptekarzy jako osobliwki. Przez przyjęcie tych środków do farmakopei skład ich został ujednostajniony, czego dawniej nie było, gdyż każdy z aptekarzy według innego przyrządzał je przepisu. Z ważniejszych należą tu następujące: Collodium salicylatum; Emplastra: ad clavos, ad rupturas, domesticum; Lanoliment. leniens; Linimentum Calcis; Liniment. chloroform., Liniment. saponato-camphor. cum Kalio jodato; Liniment. saponato-camphor. c. amylo; Pastilli: Extract. Cascarae sagradae, Nitroglycerini, Tamarindorum com.; Pulvis adspersorius cum Bismutho subgallico et salicylatus; Pulv. digestivus; Pulvis Guaranae comp.; Pulv. Magnesiae c. Rheo; Pulv. Pectoralis; Pulv. sternutatorius virid; Syrupus Guaiacoli compositus; Syr. hypophosphorosus comp., Syrupi: Plantaginis — pectoralis et — Thymii comp.; Tincturae: gingivalis, odontalgica, rusci aether., et stomachica; Traumaticinum. Unguenta: ad perniones, Hydrarg. mitius et Plumbi tannici i inne. Nadto przyjęto formy leków: Bacilli medicati; Capsulae gelatinosae, amylaceae, Pastilli i Suppositoria.

Przy opisie surowców roślinnych uwzględniono ich budowę mikroskopową i podano znamienne jej cechy. Tu podano również, jaką ilość popiołu, wyciągu i istot działających powinny one zawierać. Również co do niektórych przetworów farmaceutycznych, jako to wyciągów, nastojów wyskokowych i t. d. szczególnie heroicznie działających, określa nowa farmakopea, jaką ilość istot działających mają zawierać, która to ilość jest stałą. I tak n. p. wymaga farmakopea, aby zawierały: Extr. Bellad. 2%, Extr. Chinae 7·5%, Extr. Colae 1·0%, Extr. Hyoscyam. 0·3%, Extr. Strychni 16·0% alkaloidów, a Extr. Opii 20·0% morfiny; Tincturae: Belladonae 0·03%, Colchici 0·04%, Ipecacuanhae 0·20% alkaloidów, a Tinct. Opii crocata et simplex 1·0% morfiny; Tinct. Jodi 10% jodu.

W ten sposób również skład i tych przetworów ujednostajniono, a lekarzowi umożliwiono zastosowanie takiej właśnie dawki istoty działającej, jaką stosować zechce.

W szczegółowych uwagach postanawia farmakopea, że przez nazwę rozczynów należy rozumieć tylko rozczyny wodne, przez nazwę wody jedynie wodę przekroploną; do obliczenia kropel należy używać kroplomierza z rurką wypływową o średnicy światła (wewnętrznej) 3 mm., zapomocą którego odmierzonych przy 15° C. 20 kropel wody ma ważyć 1 gr. Rozczyny, które mają służyć do wstrzykiwań podskórnych lub do żyły, muszą być wyjałowione w parze wodnej, o ile nie podano innych przepisów. Leków, które same przez się posiadają własności bakteryobójcze, wyjaławiać nie potrzeba, te zaś, któreby mogły w wyższej ciepłocie rozłożyć się, należy sączyć przez sączki, nieprzepuszczające bakteryi. Sposoby badania leków, podane we farmakopei, uległy w nowem wydaniu również zmianom. I tak opuszczono sposób Marsha wykrywania arsenu, zastępując go sposobem Bettendorfa; do oznaczenia żelaza przepisano metodę jodometryczną, przy badaniu tłuszczów i olejów tłustych wymaga się oznaczeń cyfry jodowej i cyfry zmydlenia, a przy badaniu wyciągów i tynktur narkotycznych wymaga się oznaczenia ilości alkaloidów za pomocą metody wagowej i nastawienia przetworów tych na odpowiednią ilość alkaloidu, jak wyżej podano — przez rozcieńczenie lub zgęszczenie płynu. W końcu należy wymienić zmiany, jakie zaszły w tablicy maksymalnych dawek (liczby bez nawiasu znaczą dawkę *pro dosi*, w nawiasie *pro die*). Ważniejsze tu podaję: Cocainum 0·05 (0·15), Extr. Secalis fluid. 1·0 (3·0), Extr. Strychni 0·05 (0·1), Fung. Laricis 0·3 (1·0), Guaiacol. carbon 0·5 (5·0), Gummiresina Gutti 0·3 (1·0), Kreosotum 0·3 (1·0), Kreosotum carbonicum 0·5 (3·0), Heroinum 0·01 (0·05), Morph. hydrochlor. 0·03 (0·10), Phenylum salicylicum 2·0 (6·0), Radix Belladonae 0·1 (0·5). Resorcinum 0·5 (5·0) Semen Strychni 0·1 (0·2), Strychninum nitricum 0·01 (0·02), Tinct. Cantharidum 0·5 (1·5), Tinct. Strychni 1·0 (2·0), Zinc. sulfuric. qua emetic, 1·0 pro dosi.

Z tego, co tu powiedziałem, wynika zatem, że w ósmem wydaniu farmakopei austryackiej jest wiele zmian, ważnych dla lekarzy, którzy wobec tego koniecznie powinni zapoznać się dokładnie ze szczegółami tego wydania. *Doc. Dr. Lemberger.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. E. Moro. **Precypityny mleka krowiego we krwi 4½-miesięcznego niemowlęcia.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). U słabo fizycznie rozwiniętego dziecka, karmionego mlekiem krowiem, znaleziono we krwi silne (1: 80) precypityny mleka krowiego. Nadmierną tę dla niezmienionego białka przepuszczalność błony śluzowej jelit tłómaczyć można w tym przypadku jej niedokształceniem, lub sprawą nieżytową.

Dr. M. Godlewski.

Alfr. Wolff. **O endotoksynach.** (Odpowiedź na artykuł Pirqueta i Schicka p. t. „Wrażliwość i przyspieszenie odczynu"). (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Analogicznie do doświadczeń Pfeiffera, z których wynika, że przy bakteryolizie uwalniają się w ich ciele zawarte jady (endotoksyny), przeciw którym to jadom nie następuje u zwierzęcia przy powtórnem wstrzyknięciu bakteryi (jakby to można przypuszczać) odporność, lecz przeciwnie zwiększenie wrażliwości, dowodzi autor na licznych, na zwierzętach dokonanych doświadczeniach, że zupełnie te same wyniki uzyskać można, wstrzykując zwierzęciu obce jego ustrojowi białko. Autor sądzi, że w doświadczeniach Pfeiffera białko zabitych bakteryi działało właśnie tylko jako obce ustrojowi białko. Ponieważ nadmierna ilość endotoksyn (czy z ciał bakteryi, czy też z wprowadzonego, obcego ustrojowi białka powstałych) zwierzę zabija, wysnuwa stąd autor praktycznie ważny wniosek, aby nie stosować surowic bakteryobójczych zbyt późno lub przy zakażeniu zbyt ciężkiem; ilość bowiem nagromadzonych w ustroju bakteryi jest tak wielka, że ilość uwolnionych z nich pod działaniem surowicy endotoksyn musi zabić chorego. — W odczynie ustroju na jad owadów lub wężów, w wysypce, występującej u niektórych osób po zjedzeniu poziomek lub raków, w pewnych chorobach, jak rzucawka i nieżyt sienny, a wreszcie w t. zw. chorobie posurowiczej (Pirquet i Schick), widzi autor przykłady szkodliwego działania wessanego, a ustrojowi obcego białka, w patologii ludzkiej. *Dr. M. Godlewski.*

H. Eppinger. **W sprawie zatrucia kwasami.** (*Wiener klin. Wochs.*, Nr. 5, 1906). Doświadczenia dotychczasowe co do wpływu kwasów na ustrój zwierzęcy stwierdzały różne zachowanie się zwierząt roślinożernych i mięsożernych. Tak jednak nie jest w rzeczywistości. Różnica cała może polegać na tem, że ustrój roślinożerny nie tak szybko może wytworzyć amoniak konieczny do zobojętnienia kwasu, który broni od zatrucia ustroje mięsożerne. Autor wykonał doświadczenie w ten sposób, że zwierzętom roślinożernym podawał substancye, z których rozpadu powstaje amoniak, by w ten sposób ustrojowi dopomódz. W tym celu podawał zwierzętom wewnętrznie 285 cm.³ n/4 kwasu solnego (według Waltera dawkę śmiertelną), a równocześnie podskórnie wytwory rozpadu białka, więc glykokol, alaninę itd. Zwierzę pozostawało przy życiu, bo połączenia takie rozkładają się w ustroju dalej, zwiększają ilość wolnego amoniaku, który kwas wewnętrznie podany zobojętnia, tem samem zasadowość krwi nie ulega zmianie. Ciekawem jest, że tylko takie połączenia, które w pośredniej wymianie materyi grają rolę, ustrój roślinożerny przerabia, innych zaś, składem chemicznym bardzo zbliżonych, jak kwasy aminowe, przerobić już nie może; jeszcze wyższe związki, jak pepton, polypeptydy, zupełnie nie działają i zwierzę ginie. To zjawisko, że wyższe połączenia aminowe, które w przewodzie pokarmowym tylko pod wpływem soku trzustkowego się rozkładają, w ustroju roślinożernym po wstrzyknięciu podskórnem nie tak szybko działają, lub wogóle nie działają, tłómaczy nam hipotetycznie różnicę między roślinożernymi, a mięsożernymi ustrojami. U pierwszych musi być wydzielanie soku trzustkowego niedostateczne z powodu braku sposobności przystosowania, t. j. z powodu rodzaju pożywienia. W takim razie szczepienie trzustki zwierzęcia mięsożernego, n. p. psiej, do ustroju królika, musi dostarczyć tego zaczynu i może w ten sposób ustrój uchronić od zatrucia, zaś wycięcie trzustki u psa uczyni go mniej odpornym wobec wprowadzonego kwasu. Pierwszego nie można brać w rachubę z powodu niemożności kontroli i autolizy. Doświadczenia typu drugiego potwierdzają uczynione przypuszczenie: pies, u którego wypięto trzustkę (a zabieg ten znosi on doskonale), ginie po wprowa-

dzeniu dawki śmiertelnej dla królika i to w krótkim czasie. — Jeżeli więc królik, który białkowemi substancyami się nie żywi, jak i pies, pozbawiony trzustki, giną w krótkim czasie po mniejwięcej jednakiej dawce kwasu, to zachodzi pytanie: czy nie powiodłoby się królika przez podawanie białka wzmocnić, t. j. uodpornić niejako wobec kwasu. Doświadczenia, wykonane przez autora, w zupełności przypuszczenie to potwierdziły; pomimo dawki śmiertelnej nie następowały żadne objawy zatrucia, jeżeli zwierzętom równocześnie wprowadzono surowicę wołu. U człowieka istnieje stan chorobowy, który klinicznie przebiega zupełnie pod postacią zatrucia. Jest to śpiączka w przebiegu cukrzycy. Doświadczenia Minkowskiego stwierdzają rzeczywiście obecność znacznej ilości kwasu β-oksymasłowego w okresie śpiączki. Jeżeliby ten stan chorobowy był zatruciem kwasem, w takim razie człowiek powinienby, według tych doświadczeń, zachowywać się odpornie. Tymczasem w rzeczywistości chorzy tacy giną, a leczenie dotychczasowe zapomocą alkaliów żadnego nie odnosi skutku. — Czy tu oprócz nieprawidłowej wymiany materyi, polegającej na wydalaniu cukru z ustroju, niema zaburzeń w przemianie białka, wyświetlić mogą doświadczenia dalsze, które autor prowadzi. *Dr. Łapiński.*

W. Looss. **O przechodzeniu gąsienic tęgoryjca** (*ankylostomum*) **i węgorka kiszkowego** (*strongyloides*) **przez skórę na jelita.** (*Sprawozd. Zjazdu zoologów* 1905). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i na samym sobie doszedł autor do stanowczego przekonania, że gąsienice wymienionych pasorzytów dostawać się mogą do ustroju nietylko, jak dotąd sądzono, drogą przewodu pokarmowego (przez jamę ustną), ale i przez skórę. Pierwsza droga jest bierna, druga czynna, — a pasorzyt przebywa ją w ten sposób, że gąsienice, wśrubowawszy się w skórę, wciskają się do naczyń chłonnych lub żył powierzchownych, skąd dostają się do serca, a przez nie do płuc. Wtedy przechodzą z narządu krążenia do dróg oddechowych i wędrują przez tchawicę, krtań i przełyk do jelit. W gruczołach chłonnych część ich ginie. Gąsienice dostają się tem łatwiej, prędzej i liczniej w głąb ustroju, im osobnik, przez nie napadnięty, jest młodszy. U starszych osobników znaczna część ginie w ustroju, — a dążąc przez powierzchowne warstwy skóry bezpośrednio pod naskórkiem może wywołać chorobę skórną, znaną pod nazwą: *creeping disease* (*Hautmaulwurm*). Pasorzyty te mogą żyć czyto w postaci gąsienic, czy w stanie dojrzałym, bardzo długo (do 5 lat). *Krzyształowicz.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. R. Massini. **Przypadek duru brzusznego z niedostatecznem wytworzeniem aglutyniny.** (*Zentralblatt für innere Medizin* Nr. 1, 1906). Massini ogłasza przypadek z oddziału Neissera, dotyczący 35-letniego mężczyzny, który przebył dur brzuszny z nawrotem po 8 dniach, udowodniony wyhodowaniem ze krwi i stolca prątków durowych, osobliwy jednak przez to, że na początku choroby pojawiły się opryszczki na wargach (*herpes labialis*), oraz że nie było odczynu dwuazowego podczas całej choroby. Surowica chorego aglutynowała szczep pracowniany prątków durowych w rozcieńczeniu 1: 20, a raz tylko słabo 1: 40. Dopiero późno w okresie zdrowienia aglutynacya 1: 40 była wyraźna. Szczepy, z chorego wychodowane, zachowywały się tak samo. Próba z surowicą kozią o oznaczonem mianie, wypadła tak samo, jak na szczepach pracowniaaych. Słaba aglutynacya prątków pod wpływem surowicy chorego nie miała więc przyczyny w odmiennych własnościach szczepu chorobotwórczego, lecz w małej zdolności reakcyjnej ustroju chorego i w niewytworzeniu się dostatecznej siły aglutyniny. *Dr. Flis.*

Prof. J. Pal. **Sfigmoskop do oznaczenia parcia tętniczego.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* Nr. 5, 1906). Przyrząd ten dozwala oznaczyć parcie podczas skurczu i rozkurczu, a więc i różnicę ich, w naczyniach kończyn. Przeszedłszy krytycznie zasadę i budowę dotychczasowych przyrządów, opisuje S. swój własny przyrząd, zbudowany na zasadzie przyrządu Sahliego. Jest to manszet, połączony z przyrządem graficznym pomysłu Bernda, który dozwala dowolnie zwiększać lub zmniejszać ciśnienie na kończynę i w ten sposób wywierać ucisk na tętnice. Przyrząd graficzny dozwala oznaczyć szczyt ciśnienia, równoważącego parcie skurczowe i szczyt parcia rozkurczowego. Krzywe, uzyskane tym przyrządem, zgadzają się z krzywemi, uzyskanemi przyrządem Janeway-Masing-Sahliego, jedynie tylko wskazuje ten przyrząd ciśnienia zawsze o kilka mm. mniejsze, niż przyrząd Sahliego. Nad przyrządem Strasburgera ma nowy przyrząd tę wyższość, że badanie może więcej osób równocześnie dokonywać i kontrolować, a nawet można je przedstawiać zapomocą projekcyi. *Dr. Flis.*

F. Jessen. **Przypadek raka i gruźlicy płuc, za życia rozpoznany.** (*Zentralbl. f. inn. Med.* Nr. 1, 1906). Przypadków takich ogłoszono niewiele, a tylko jeden (Turbana) rozpoznano za życia. Przytoczony przez J. przypadek dotyczy 45-letniego mężczyzny, u którego badanie przedmiotowe stwierdziło znaczne zmiany gruźlicze w płucach, prątki w plwocinie i aglutynację prątków Kocha przez krew. Chory kilka tygodni wysoko gorączkował, wreszcie ciepłota spadła, a przez czas kilku miesięcy zmniejszyła się ilość plwociny, znikły z niej prątki, objawy fizykalne nacieku w części ustąpiły. Rozpoznano przebycie zapalenia płuc i gojenie się nacieków gruźliczych z jamą w szczycie prawym. Aglutynacya znikła, natomiast stan ogólny chorego nie poprawiał się i utrzymywał się uporczywy kaszel. Po stronie prawej w dole z przodu zaczęło występować przytłumienie, potem stłumienie odgłosu, rozszerzenie żył skórnych, w końcu wypuklanie się ściany klatki piersiowej. Rozpoznano nowotwór płuca lub opłucnej, zwłaszcza że na röntgenogramie widać było silny ograniczony cień w miejscu stłumienia. Pacyent zmarł wśród objawów duszenia się. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Autor zalicza przypadek do podanej przez Lubarscha grupy, w której rak przyłącza się do gruźlicy w okresie jej gojenia się. *Dr. Flis.*

Fertig. **O urazowym wrzodzie żołądka.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 37). Parobek 28 letni, zdrowy, który nigdy nie cierpiał na żołądek, doznał w pół godziny po obfitem śniadaniu kopnięcia kopytem w brzuch. Zemdlał natychmiast i żalił się potem na bole w całym brzuchu i ciężki oddech; wymiotów nie było. Przypuszczając krwawienie wewnętrzne lub pęknięcie jelita, otwarto w $2^1/_2$ godziny po urazie jamę brzuszną; nie znaleziono jednak żadnych uszkodzeń wewnętrznych. Żołądek był dosyć napełniony, lecz również bez śladu uszkodzenia. Tylko w okolicy więzadła wątrobnożołądkowego sączyło się z głębi nieco krwi, ponieważ jednak przy dokładniejszem oglądaniu i tu nie stwierdzono żadnego uszkodzenia, wprowadzono tu tylko tampon i brzuch zaszyto. Nazajutrz po operacyi wystąpiło silne wzdęcie brzucha i lekkie, nieco krwawo zabarwione wymioty, ciepłota wynosiła 39.6°, lecz stan ogólny był dobry i polepszył się jeszcze znacznie dnia trzeciego. Wieczorem czwartego dnia pojawiały się zapady, wymioty krwawe i bladość. Piątego dnia chory był jeszcze bledszy, wymioty były silniejsze i krwawe, przez wypłukanie żołądka wydobyto znaczną ilość krwi i skrzepów. Rozpoznano wtedy urazowy wrzód żołądka, lecz ze względu na liche stan chorego zaniechano operacyi; wymioty krwawe powtórzyły się, nastąpiły teraz i stolce krwawe, których w pierwszych dniach po operacyi nie było, i chory wreszcie umarł. Przy sekcyi nie stwierdzono zapalenia otrzewnej, narządy jamy brzusznej i piersiowej były nienaruszone. Żołądek nie okazywał zewnętrznie również żadnego uszkodzenia, zawierał zaś duży skrzep krwi. Na błonie śluzowej żołądka nie było żadnych zmian nieżytowych. Przy małej krzywiźnie znaleziono w jednej linii obok siebie cztery wrzody, 3 okrągłe o średnicy $^1/_2$—1 cm. i jeden podłużny, 3 cm. długi i $1^1/_2$ cm. szeroki, na dnie którego sterczała nadżarta prawa tętnica wieńcowa żołądka. Wszystkie wrzody były głębokie, miały ostre i podminowane brzegi.

O sposobie powstania wrzodów żołądka po urazie wiele pisano i robiono wiele doświadczeń na zwierzętach żywych i trupach ludzkich. Jako przyczynę przytaczają uderzenie kułakiem, kopnięcie nogą lub kopytem, pchnięcie rogiem, upadnięcie na brzeg stołu lub na sztabę żelazną, upadek ze znacznej wysokości, przejechanie, zgniecenie. W doświadczeniach na zwierzętach pokazało się, że jeśli wykonano silne tępe uderzenie w brzuch, przyciskano powłoki brzuszne do kręgosłupa, to pękały jelita, jeśli zaś żołądek był wypełniony pokarmem, jak w przypadku autora, to powstawały przedarcia w żołądku i to zawsze na małej krzywiźnie. W doświadczeniach innych autorów zdolano wywołać także i wrzody w różnych miejscach żołądka w tem sposób, że przez urazy tępe powstają naddarcia i krwawe nacieki błony śluzowej, która w tych miejscach obumiera i ulega strawieniu. Niektórzy autorowie jednak twierdzą, że z takich zgnieceń błony śluzowej nie zawsze powstają wrzody żołądka, lecz tylko pod wpływem zakażenia wtórnego. Rozstrzygającym zaś co do szybszego lub przewlekłego przebiegu takich wrzodów ma być stan i skład soku żołądkowego. *Dr. Fels.*

B. Wagner. **Ilościowe oznaczanie cukru w moczu i jego kliniczne znaczenie obok opisu własnego przyrządu, t. z. „Gärungs-Saccharo-Manometer“.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 48, 1905). Autor omawia zasady wszystkich dotychczas stosowanych sposobów oznaczania cukru w moczu i wytyka ich błędy. Najbardziej podobał mu się w ostatnim czasie zalecony przez T. Lohnsteina przyrząd, t. zw. „Praezisions-Gärungs-Saccharometer“, zbudowany na połączonej zasadzie chemiczno fizycznej: wskutek kiśnienia drożdży wytwarzający się wolny kw. węglowy ciśnie na słupek rtęci w manometrze rtęciowym, z którego wprost odczytuje badacz odsetkową ilość cukru w badanym moczu. W użyciu praktycznem ma jednak ten przyrząd pewne braki, a mianowicie płyn mający uledz kiśnieniu, musi się wraz z drożdżami wlać do

tego samego naczynia, co i rtęć, i dlatego rtęć zanieczyszcza się ustawicznie mazistym płynem, zawierającym drożdże, a nadto bardzo niedogodne i mozolne jest czyszczenie. Dla uniknięcia obu tych wad, t. j. zanieczyszczania się rtęci i żmudnego czyszczenia przyrządu podaje W. ulepszony przyrząd swego pomysłu, oparty na podobnej zasadzie. *Stahr.*

Bechtold. **Jednodniowe zapalenia płuc.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* 1905, Nr. 44). W klinice lekarskiej w Würzburgu spostrzegano na 1054 przypadków zapalenia płuc 10 razy jednodniowe zapalenie. Prawie wszystkie te przypadki zaczynały się jednakowo, a mianowicie dreszczami, wysoką gorączką, a kończyły się przełomowym spadkiem gorączki. Powodem krótkiego przebiegu choroby była w kilku przypadkach mała siła żywotna bakteryi, wywołujących zapalenie płuc, w innych zaś razach szczególna, wprost nadzwyczajna odporność ustroju. Niektórzy autorowie, jak Jürgensen, kładą tak krótki przebieg choroby na karb epidemii, które się znamionują różnem nasileniem i różnym czasem trwania. *A. Kozaczka.*

Avellis. **Dzisiejsze granice i przyszłe cele leczenia dychawicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Autor przytacza wszystkie teorye dychawicy; według tych teoryi należałoby postawić dychawicę na pograniczu chorób wewnętrznych, nerwowych, krtani i nosa. To też leczenie jest, zależnie od punktu zapatrywania się na cierpienie, różne, zwykle niezbyt skuteczne, a przynajmniej nie daje trwałych wyników. Chorobę tę powinno się leczyć w samym początku przy pierwszym napadzie i starać się przedewszystkiem usunąć przyczynę. Autor zwraca uwagę na dzieci z rodzin nerwowych, radzi je hartować, zmieniać tryb życia. Dla osób starszych i ogółu astmatyków zaleca pobyt w odpowiednio urządzonych sanatoryach przez dłuższy czas, gdzie leczenie polega na zupełnem poddaniu się chorego lekarzowi danego zakładu i na wykonywaniu zabiegów, przyjętych w zakładach dla osób nerwowych, jak: wodolecznictwo, miesienie, gimnastyka, technika oddychania w połączeniu ze sposobami, przyjętymi w zakładach dla piersiowo chorych. *A. Kozaczka.*

Starkiewicz. **Ze statystyki gruźlicy płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.** (*Gazeta lek.* Nr. 2—3, 1906). Na podstawie dat, zebranych w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, wywodzi autor, jak dodatnio wpływają odpowiednie urządzenia higieniczne na stan chorych gruźliczych. Śmiertelność w nowym szpitalu jest znacznie mniejsza, niż w starym, aczkolwiek sposób leczenia i długość pobytu w obu jednakowe; i tak w starym szpitalu umarło z suchotników (stanowiących 17·5 prc. ogółu chorych), 43·4 prc. a nowym tylko 36·6 prc., mimo iż stanowili 18·25 prc. wszystkich chorych. Autor przypuszcza, że wyniki byłyby jeszcze lepsze, gdyby można chorych ze zmianami w rozmaitym stopniu osobno rozmieścić. Według spostrzeżeń autora w im późniejszym wieku gruźlica się pojawia, tem pewniejszym być można, że przebieg jej będzie bezgorączkowy, jakkolwiek z drugiej strony stan bezgorączkowy nie zawsze jest dowodem pomyślnego przebiegu. Jako przykład przytacza autor 19-letniego chorego, który przez pół roku przebywał w szpitalu i ani razu nie gorączkował, a jednak z powodu szybko posuwających się zmian po upływie tego czasu umarł. Autor przytacza też przypadek, dotyczący chorego, przywiezionego do szpitala z gorączką 39 prc. i znacznemi zmianami w płucach, u którego pojawiła się róża na twarzy; po ustąpieniu róży stan chorego znacznie się poprawił, a waga wzrosła o 28 funtów. *Dr. Hilfstein.*

Rosenberger. **O wydzielaniu kwasu moczowego i zasad ksantynowych u dwóch chorych na białaczkę i jednego chorego na białaczkę wrzekomą, w czasie leczenia promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Za źródło kwasu moczowego w moczu uważane są powszechnie rozpadające się ciałka białe, nic więc dziwnego, że zwiększona jest jego ilość w moczu chorych na białaczkę. Ponieważ zastosowanie promieni Röntgena pociąga za sobą, wraz ze zmniejszaniem się śledziony, wzmożony rozpad ciałek białych, przeto ilość kwasu moczowego w początku leczenia wzrasta, a dopiero wraz z poprawą składu krwi i ilość kwasu moczowego się zmniejsza. Stąd też zmniejszanie się ilości kwasu moczowego uważa autor za korzystne w rokowaniu. Okoliczność, że są przypadki, w których przy tym sposobie leczenia ilość ciałek białych bardzo znacznie się zmniejsza, ilość zaś kwasu moczowego tylko bardzo mało się zmniejsza, naprowadza autora na myśl, że nie dojrzałe ciałka białe rozpadające się, lecz hipotetyczna istota, z której one się tworzą, może być źródłem kwasu moczowego i że przekształcenie tej istoty na kwas moczowy może w pewnych warunkach łatwiej nastąpić, aniżeli wytworzenie się z niej ciałek białych. Leczenie promieniami Röntgena białaczki rzekomej odnosi zwykle skutek chwilowy, polegający na zmniejszeniu się śledziony; leczenie to jednak na ilość kwasu moczowego, w przeciwieństwie do białaczki prawdziwej, wcale nie wpływa. Ilość zasad ksantynowych w moczu chorych na białaczkę jest zwykle odwrotnie proporcyonalna do ilości kwasu moczowego. Zmniejszeniu się ilości kwasu moczowego wśród ogólnej poprawy towarzyszyło zwiększenie się ilości zasad ksantynowych. W białaczce wrzekomej zwiększenie się zasad ksantynowych w moczu każe rokować niepomyślnie. *Dr. M. Godlewski*

Richard Levy. **Ilościowe oznaczanie cukru w moczu. Porównanie wartości metody Rieglera, Pavyego i polaryzacyjnej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 5, 1906). W roku 1904 w Nrze 5 *Münch. med. Wochs* ogłosił Riegler swoją metodę gazometrycznego oznaczania ilości cukru w moczu. Pod wpływem utleniającego działania nadmanganianu potasowego na cukier tworzy się bezwodnik kwasu węglowego i węglan potasowy, z którego wypiera się bezwodnik kwasu węglowego zapomocą kwasu siarkowego. Zapomocą podanego przez Rieglera przyrządu oznacza się (przy pewnem ciśnieniu) ilość bezwodnika kwasu węglowego na objętość, a tablice podają, jakiej wadze bezwodnika kwasu węglowego, a następnie glikozy, odpowiada odczytana na przyrządzie przy pewnem ciśnieniu objętość tego gazu. Metoda Pavyego w odmianie Sahlego (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 36) jest, jak dowodzą porównawcze badania Levyego, — do poprzedniej prostsza, w wykonaniu szybsza, dokładniejsza i nie wymaga kosztownych przyrządów. Do wrzącego płynu Pavyego w ilości 10 cm.³, t. j. z każdego z dwóch roczczynów (Nr. I siarkan miedzi krystal. 4·158, wody dest. do 500 ccm. Nr. II sól Seignetta 20·4, ługu potas. 20·4, amoniaku (c. g. 0·880) 300, wody do 500 cm.) po 5 cm.³, rozcieńczonego 50 cm. wody, puszczamy kroplami z biurety mocz zawierający cukier, znacznie go (najlepiej 50 razy) rozcieńczywszy. Odbarwienie płynu wskazuje na koniec odczynu. Uwzględniając rozcieńczenie i tę okoliczność, że 5 miligramów cukru redukuje 10 cm.³ płynu Pavyego, z łatwością obliczyć możemy ilość cukru w badanym moczu. Levy podaje też tabelki, z których to bezpośrednio odczytać można. Uzyskane tą metodą wyniki zgadzają się z wynikami metody polaryzacyjnej, a wyżej wyliczone jej zalety pozwalają ją uważać za jedną z najpraktyczniejszych. *Dr. M. Godlewski*

A. Loeb. **Przypadek przetoki żołądkowo-płucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Prócz zwykłych, tą rzadką sprawę znamionujących objawów, t. j. kaszlu, następującego bezpośrednio po jedzeniu, silnie kwaśno oddziaływającej plwociny, a nadewszystko obecności w niej treści pokarmowej, znaleziono w tym przypadku jeszcze w plwocinie kwas mleczny, oraz kolankowate bakterye. Przetoka, łącząca jamę, położoną w dole płuca prawego, powstała w tym przypadku prawdopodobnie wskutek przebijającego żołądek wrzodu okrągłego. *Dr. M. Godlewski.*

Daxenberger. **Przypadek zapalenia otrzewnej wywołanego dwoinkami Fraenkla; wyzdrowienie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Choroba rozwinęła się u dziecka w czasie dławcowego zapalenia płuc. Przypadek zasługuje o tyle na wzmiankę, że dwoinki Fraenkla tylko niezmiernie rzadko wywołują zapalenie otrzewnej. Wypocina była ropna. Po operacyi nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *Dr. M. Godlewski.*

Kaliski. **O nowym sposobie badania czynności żołądka podczas trawienia bez użycia zgłębnika.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 5, 1906). Autor podaje kołaczyki Sahliego i na podstawie swoich wyników gorąco je poleca w praktyce. Sposób ten polega poprostu na wprowadzeniu do żołądka wskaźnika, który łatwo ulega wessaniu i daje się następnie wykryć chemicznie. Rzecz najważniejsza, by wskaźnik ten, czy to jod, czy błękit metylenowy, zawarty był w takiej substancyi, którą tylko kwas solny rozpuszcza, a na którą inne soki wcale nie działają. Największą trudnością było wyszukanie takiej substancyi. Adolfowi Schmidtowi w Dreznie udało się stwierdzić, że tkanka łączna z kiszki ślepej wołu rozpuszcza się w cieplocie ciała tylko pod wpływem kwasu solnego z pepsyną, natomiast kwas mleczny i zaczyny trzustkowe na nią nie działają. Sahli użył do doświadczeń odpowiednich z tej tkanki kołaczyków i stwierdził, że u osobników, u których na szczycie trawienia da się wykazać kwas solny i pepsyna, kołaczyki te ulegają wessaniu, a zawarty w nich wskaźnik da się potem wykazać w moczu lub ślinie i przeciwnie: w razie braku kwasu solnego i pepsyny, kołaczyki nienaruszone opuszczają przewód pokarmowy. Autor zmienił sposób ten o tyle, że w miejsce tkanki łącznej użył błony sztucznej, tylko pod wpływem kwasu solnego się rozpuszczającej, który wiązał surowym katgutem. Jako wskaźników używał autor jodku potasowego w ilości 0,20 na dawkę i błękitu metylenowego w ilości 0,5 na dawkę. Przed użyciem należy kołaczyki włożyć do wody, aby się upewnić, że są szczelne i że opadają ku dołowi, co ze względu na wynik doświadczenia jest bardzo ważne. We wszystkich przypadkach, w których kwas solny i pepsyna by-

obecne, pojawiał się dany wskaźnik w moczu lub ślinie. Odczyn występował przy prawidłowej sprawności i wydzielaniu mniej więcej w 7—12 godzin. W przypadkach kwaśności wzmożonej odczyn występował szybciej, bo w 4—7 godzin; w przypadkach niedomogi wydzielniczej lub niedomogi mięśniowej żołądka na drugi dzień, t. j. w 24 godzin. W przypadkach raka, gdzie brak było czynnika, któryby na osłonkę zadziałał, odchodziły kołaczyki niezmienione. więc i odczynu nie było. *Dr. Łapiński.*

Leren i Barret. **Radyoskopia żołądka.** (*Presse méd.* Nr. 9, 1906). Na podstawie wyników radyoskopii podają autorowie, że żołądek u człowieka stojącego jest ustawiony pionowo; żołądek prawidłowy ma się składać z dwóch odcinków: górnego, szerszego, i dolnego, wązkiego, prawie rurkowato wydłużonego. Dolna granica tego dolnego odcinka żołądka sięga najczęściej do pępka, bardzo często jednak u ludzi zdrowych leży powyżej pępka, a równie często dopiero 3—4 cm. poniżej pępka. Wobec tego oznaczenie dolnej granicy żołądka poniżej pępka nie dowodzi jeszcze bynajmniej rozszerzenia żołądka. Znamiennym natomiast w rozszerzeniu żołądka jest sposób wypełniania się żołądka płynem, którego to płynu górną granicę można zapomocą radyoskopii oznaczyć. Wobec wydłużenia żołądka w wązki dolny odcinek już mała ilość płynu tworzy w żołądku prawidłowym słup dość znacznej wysokości; przy rozszerzeniu natomiast wskutek rozdęcia dolnego odcinka w szeroki worek, nawet znaczniejsza ilość płynu tworzy słup o małej wysokości. Według autorów ten tylko objaw ma w rozszerzeniu żołądka znaczenie rozpoznawcze. *Mostowski.*

Fr. Soucek. **W sprawie nerkowego pochodzenia urobiliny.** (*Sbornik klinicky* 1906, Nr. 2). Autor opisuje spostrzegany przez siebie w klinice prof. Thomayera przypadek wybitnej żółtaczki u chorego, u którego przez cały ciąg choroby zupełnie nie było w moczu bilirubiny, a natomiast wybitnie występowały odczyny urobiliny. Krew u tegoż chorego dawała wybitny odczyn bilirubiny. Przypadek ten przemawia za twierdzeniem nowszych autorów, że przemiana bilirubiny w urobilinę odbywa się w nerkach. *Blassberg.*

K. Rösslen. **O prognostycznem znaczeniu żółtaczki w otruciach fosforem.** (*Sbornik klinicky* 1906, Nr. 2). Zazwyczaj uważa się żółtaczkę w ostrych zatruciach fosforem za przypadłość, źle rokującą. Wszelako na oddziele prof. Thomayera spostrzegał autor w ostatnich czasach trzy przypadki otrucia, połączone z żółtaczką, które się zakończyły wyleczeniem. Wszystkie trzy były lekkie z objawami żółtaczki tylko nieżytowej. W dwóch przypadkach stolce były bezżółciowe. Prawdopodobnie we wszystkich przypadkach zażyto niewielką ilość fosforu i wessanie trucizny było bardzo małe tak, że wywołała ona tylko miejscowe podrażnienie błony śluzowej dwunastnicy i przewodu żółciowego wspólnego. *Blassberg.*

M. A. Chauffard. **O kamicy przewodu żółciowego wspólnego.** (*Sem. méd.* 1906, Nr. 2). Jakkolwiek w przeważnej liczbie przypadków kamicy żółciowej kamienie tworzą się w pęcherzyku żółciowym, to jednakże istnieje także kamica samego tylko przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*), jako odmienny typ anatomiczny i kliniczny kamicy, znacznie cięższy w swoich skutkach, a często trudny do rozpoznania. Autor przytacza dwa przypadki niepowikłanej kamicy przewodu wspólnego, oba z pomyślnym skutkiem operowane. Żółtaczka nie była wybitna; natężenie tego objawu bywa zresztą zazwyczaj zmienne. Celem ścisłego oznaczenia siedziby bólu, znamiennego dla kamicy przewodu wspólnego i trzustki, określił autor strefę skórną, którą nazwał *zona pancreatico-choledocha.* Jeśli pomyślimy sobie kąt prosty, którego ramiona stanowią linia środkowa ciała i pozioma, schodzące się w pępku, i kąt ten przepołowimy, to pasek, biegnący około 5 ctm. powyżej i na prawo od pępka od linii środkowej ciała do linii połowiącej kąt prosty, stanowi jako punkt bolesny strefę rozpoznawczo ważną przy zmianach przewodu żółciowego wspólnego i trzustki. Ze względów rozpoznawczych ważną jest też wysoka gorączka, dochodząca do 41°, i odpowiadająca jej leukocytoza. Wychudnienie często towarzyszy kamicy przewodu wspólnego; nie może ono stanowić bezwzględnej cechy, odróżniającej od raka. Kamica przewodu żółciowego wspólnego często pojawia się wspólnie z przewlekłem zapaleniem trzustki, którego znamieniem oprócz znacznego wychudnienia jest obniżenie się współczynnika przyswajania tłuszczów. *Dr. M. Blassberg.*

Prof. Edlefsen. **Jodan sodowy, a zapalenie opon mózgowordzeniowych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 5). Edlefsen zachwala bardzo jodan sodowy (*natrium jodicum*) w zapaleniu opon mózgowordzeniowych tak u dzieci, jak i u dorosłych. U dzieci podaje wewnętrznie po 0.10 na dawkę, u dorosłych 1,5 na dzień. Dobre wyniki spostrzegał także po wstrzykiwaniu podskórnem tego środka. Jodan sodowy wywoływać ma także według E. zmniejszenie się powiększonych gruczołów chłonnych (10: 200, 3 razy dnia po pół łyżki). (Sam E. jednakże obszernie wywodzi, że w zapaleniu opon mózgowych nie należy obok podawania jodanu sodowego zaniedbywać innych środków, jak okładów lodowych na głowę, podawania bromku sodowego 10: 150, który ma uśmierzać w tej chorobie bole neuralgiczne, wymioty, drgawki i niepokój, wreszcie używania kolargolu i nakłucia lędźwiowego). *E.*

PEDYATRYA. Leisowitz. **O leczeniu chorób przewodu pokarmowego u osesków, ze szczególnem uwzględnieniem rozpuszczalnego pożywienia dla dzieci Dra Teinhardta.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Autor stosował w większej liczbie przypadków leczenie wyłącznie mechaniczno-dyetetyczne, nie używając żadnych zgoła lekarstw. Z mechanicznych środków używał: pompowania i płukania żołądka, które wystarczały nieraz, aby powstrzymać uporczywe wymioty; dalej przepłukiwania jelit słabymi rozczynami soli kuchennej, garbnika lub octanu olowiowego. Do przepłukiwania jelit używał autor miękkiego cewnika, który wsuwał jaknajgłębiej (40—50 ctm.). Przeciw objawom zapadu działały skutecznie wlewania podskórne rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 2 grm. wyskoku na 150 ctm. W każdym przypadku przestrzegał autor z początku ścisłej dyety przez 2—3 dni (kleik, herbata, woda z białkiem), potem dopiero przechodził do mleka, które albo tylko nieznacznie rozcieńczał, albo, o ile było można, stosował nierozcieńczone. Gdy ten sposób żywienia nie dawał zadawalniających wyników, uciekał się autor do rozmaitych przetworów, z których podnosi zwłaszcza mączkę Dra Teinhardta (stosowaną w miarę wskazań z mlekiem, ze śmietanką, wodą, kleikiem). Streszczając wyniki swych spostrzeżeń, dochodzi autor do przekonania, iż w chorobach przewodu pokarmowego płukanie żołądka i jelit. jakoteż dyeta, stanowią główne, jeżeli nie jedyne czynniki lecznicze, wobec których działanie lekarstw jest conajmniej wątpliwe. *Żeleński.*

Oppenheimer i Bauchwitz. **O ciśnieniu krwi u zdrowych dzieci.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Wnioski, do których doszli autorowie, są następujące: 1. Przyrząd Riva-Rocciego w modyfikacyi Sahliego nadaje się do badania parcia krwi u dzieci i u osesków z tem zastrzeżeniem, że u osesków, jeżeli krzyczą podczas badania, można otrzymać fałszywe wyniki. 2. Parcie krwi wzmaga się z wiekiem. 3. Po przyjęciu pokarmu, zwłaszcza obfitem, wzmaga się parcie krwi. U osesków wzmożenie to nie jest stałem prawidłem. 4. Obfity dowóz płynów wzmaga również parcie. 5. Silna czynność fizyczna zwykle wzmaga parcie krwi. 6. Stan pobudzenia psychicznego powiększa zawsze ciśnienie. *Żeleński.*

Schlesinger. **Przypadek obustronnego ograniczonego zaniku twarzy.** (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Rzadkie to cierpienie (opisano zaledwie sześć przypadków). spostrzegał autor u 10-letniej dziewczynki; czynnikiem etyologicznym była przebyta w czwartym roku życia odra. *Żeleński.*

Schlossberger. **Przyczynek do etyologii** *»productionis sottolinguale«.* (*Arch. f. Kinderh.* T. 42, 1905). Nazwą tą oznaczają włosy autorowie guzek pod językiem, najczęściej na wędzidełku, o powierzchni owrzodziałej, powstawający zwykle w okresie przerzynania się dolnych zębów siecznych. Po kilku tygodniach lub miesiącach guzek taki goi się bez śladu, o ile nie rozwinął się w ustroju, wyniszczonym jakąś ciężką przewlekłą chorobą. Autor na podstawie trzech spostrzeganych przypaeków uważa tę sprawę chorobową za miejscową, spowodowaną mechanicznym urazem, przyczem jednak odgrywa rolę szczególne miejscowe lub ogólne usposobienie. *Żeleński.*

Klautsch. **O stosowaniu fortossanu u osesków.** (*Arch. für Kinderh.* T. 42, 1905). Głównym składnikiem tego przetworu jest organiczne połączenie fosforu pochodzenia roślinnego. Autor stosował z dobrym skutkiem fortossan u sztucznie żywionych osesków, u których przyrost wagi był niedostateczny, lub u których przejawiała się skłonność do drgawek (*spasmophile Diathese*). *Żeleński.*

Moll. **O stosowaniu alkalizowanej maślanki jako pożywienia dla niemowląt.** (*Archiv f. Kinderh.* T. 42, Z. V i VI, 1905). Autor żywił maślanką w znaczniejszej ilości zdrowe i chore dzieci, pozostające w klinicznem spostrzeganiu. Początkowo używał autor maślanki takiej, jak ją ogólnie stosują (podług de Jagera), przyczem stwierdził, iż kwaśna maślanka w wielu przypadkach tak u zdrowych, jak u chorych dzieci, oddaje znakomite usługi, jednakże posiada pewne ujemne strony, które nie dozwalają podawać ją przez dłuższy czas. Główną przeszkodę stanowią zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego, rozwijające się często po okresie pomyślnego stanu zdrowia i nieraz bardzo znacznych przyrostów wagi. Ta okoliczność, jakoteż poprzednie teoretyczne

badania, skłoniły autora do zmiany dotychczas używanego przyrządzania maślanki, mianowicie przez zalkalizowanie. W tej postaci białko przy ogrzewaniu ulega mniejszym zmianom i równomierniej jest rozmieszczone, co pozwoliło autorowi użyć jako dodatku mniejszej ilości mąki. Również przy zmniejszeniu kwaśnego smaku przez zalkalizowanie wystarczyła do osłodzenia mniejsza ilość cukru trzcinowego. Do 1 litra maślanki użył Moll 20 gr. cukru mlecznego, 20 gr. cukru trzcinowego, 9 gr. mąki ryżowej Knorra, 3 gr. suchego węglanu sodowego. Tak przyrządzone pożywienie podawał autor z bardzo pomyślnym wynikiem, jak sam określa, 1. jako dokarmianie obok piersi u zdrowych dzieci; 2. dla sztucznego żywienia zdrowych dzieci; 3. jako wyłączny sposób żywienia u przedwczesnych, wątłych dzieci; 4. w podostrych lub przewlekłych uporczywych niestrawnościach, zwłaszcza przy złem trawieniu tłuszczu: 5. dla dokarmiania lub sztucznego żywienia dzieci, wyniszczonych przewlekłemi chorobami przewodu pokarmowego. Z odrębnych wskazań wreszcie stosował autor alkalizowaną maślankę z dodatkiem 100 gr. śmietanki (zawierającej około 28 prc. tłuszczu) na 1 litr. *Żeleński.*

Looser. **O zmianach w kościach przy gnilcu i przy chorobie Barlowa (gnilcu niemowlęcym).** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor zbadał dokładnie anatomicznie przypadek gnilca u chłopca 14-letniego. Klinicznie bardzo ważnymi objawami była tu obok lekkiej skazy krwotocznej ogromna łamliwość kości, anatomicznie zanik kości, krwotoki podokostne i szpikowe, zatem zmiany, które można porównać ze zmianami przy chorobie Barlowa. Podobne spostrzeżenia, mianowicie u starszych autorów, wcale nie są rzadkie i dowodzą, że gnilec poniżej 18-go roku często bywa przyczyną zmian w kościach. Może on także wywołać rozstąpienie się dawno zrośniętych złamań, gdyż kostnina ma cechy kości młodej i sprawy przywarstwiania i rozpuszczania odbywają się w niej żywo. W chorobie Barlowa chodzi o prawdziwe gnilcowe schorzenie niemowląt skutkiem nieodpowiedniego żywienia. Należałoby zatem używać określenia, którego używał sam Barlow: gnilec niemowlęcy. Istotę choroby Barlowa stanowi skaza krwotoczna, przyczem krwotoki, skutkiem szczególnej skłonności układu kostnego oseska do zmian chorobowych, powstają przedewszystkiem w okostnej i w szpiku. Następstwem krwotoków szpikowych bywa zmiana szpiku na szpik włóknisty i zanik przyległych części kości, a niekiedy oddzielenie się nasad kości długich. *Lewkowicz.*

Ballin. **Etyologia i klinika dyszenia wdechowego wrodzonego.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, 1905). Zboczenie to polega na silnym szmerze wdechowym, nie jest połączone z wybitniejszemi zaburzeniami stanu ogólnego, ani z rzeczywistą dusznością i ustępuje zwykle z końcem 1-go, lub początkiem 2-go roku życia. Tłomaczenie tego dyszenia przerostem grasicy i uciskiem na tchawicę (Hochsinger) upada wobec tego, że badanie pośmiertne w dwóch przypadkach autora nie wykryło tych zmian. Stale stwierdzanem zboczeniem jest wązkość i nieprawidłowy kształt krtani, mianowicie nagłośni. Autor skłania się do przypuszczenia, że zmiany te są pierwotne i stanowią istotną przyczynę cierpienia. Dyszenie wrodzone pogarsza rokowanie w przypadkach zapalenia płuc. Także zwykły nieżyt krtaniowy może stać się u takich chorych niebezpiecznym, gdyż szybko wywołuje zamknięcie krtani i zmusza do tracheotomii. Po cięciu tchawicy w przypadku autora dyszenie natychmiast ustąpiło, co dowodzi, że przyczyna nie leżała w tchawicy, lecz w krtani. *Lewkowicz.*

Salge. **W sprawie zakażenia gruźliczego w wieku niemowlęcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* T. 63, styczeń 1906). Autor wywołał zapomocą surowicy krwi niemowląt w 20 przypadkach na 80 badanych przypadków wyraźną aglutynacyę prątków gruźliczych (zawiesina według Kocha, wyrabiana przez Höchster Farbwerke). Sekcya w przypadkach z wynikiem dodatnim nie zawsze stwierdzała anatomiczne zmiany gruźlicy. Mimoto autor, opierając się na badaniach Weichselbauma i Bartela, twierdzi, że i tu należy przyjąć, iż ustrój jest już prątkiem gruźliczym zakażony i rozpoczął z nim walkę, a tylko zmiany anatomiczne jeszcze się nie wytworzyły. Autor otrzymywał zawsze wynik ujemny z krwią z pępowiny, podobnie z krwią osesków w trzech pierwszych miesiącach życia; tu jednak z jednym jedynym wyjątkiem u dziecka 11-tygodniowego, zakażonego prawdopodobnie przez ojca suchotnika. *Lewkowicz.*

Meyer i Langstein. **Acydoza oseska.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, styczeń 1906). Autor dowodzi, że podobnie jak u dzieci starszych, także i u osesków acydoza, objawiająca się nadmiernem wydzielaniem acetonu przez nerki, zjawia się stale przy głodzeniu, mianowicie głodzeniu węglowodanowem. Łączy się ona ze zwiększeniem wydzielenia amoniaku. U osesków, dotkniętych zanikiem, nie stwierdzał autor acydozy, przeciwnie stwierdzał ją zawsze u osesków, chorych na ostry nieżyt żołądkowokiszkowy, połączony z wybitnemi zmianami ogólnemi. Acydozę należy tu odnieść do dyety głodowej, stosowanej w tych przypadkach, do zaburzenia w wyzyskaniu węglowodanów (w moczu stwierdza się stale cukier) i do wiązania alkaliów w przewodzie pokarmowym przez niższe kwasy tłuszczowe, znajdujące się tam w zwiększonej ilości. Aby nie zwiększać acydozy, radzą autorowie stosować za przykładem Salgego mleko odtłuszczone lub odtłuszczony pokarm mamki. *Lewkowicz.*

Leroux. **Leczenie gruźlicy u dzieci w sanatoryach morskich: Banyuls-sur-Mer i Saint-Trojan.** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń 1906). Autor zestawia wyniki, osiągnięte w obu wymienionych sanatoryach francuskich w ostatnich 10 latach w rozmaitych postaciach gruźlicy dziecięcej. Ogółem leczono 1196 dzieci, wydatki wynosiły 1,015.150 franków, 2 fr. na dzień leczenia. Postacie gruźlicy można ułożyć w szereg następujący: dzieci limfatyczne, usposobione, dziedzicznie obciążone, zagrożone, — gruźlica gruczołów szyjnych, gruźlica gruczołów piersiowych, gruźlica kostna (ogniska mniejsze), gruźlica otrzewnej, gruźlica stawów większych, gruźlica stawu biodrowego, gruźlica kręgosłupa, toczeń, gruźlica płuc. Pierwsze członki szeregu dają największy odsetek wyleczeń, czas potrzebny do wyleczenia jest tu najkrótszy i koszt najmniejszy (dla dzieci limfatycznych: 560 fr.). Przy następnych członkach wyniki coraz gorsze, czas potrzebny do wyleczenia w przypadkach korzystnych bardzo długi, stąd i koszt bardzo wysoki. Koszta wyleczenia przypadku gruźlicy płuc (tylko 3 przypadki na 31 niewyleczonych) wynosiły średnio 5570 fr. (= 2785 dni). Autor jest przeciwny przyjmowaniu przypadków gruźlicy płuc do sanatoryów ze względu na złe wyniki, wysokie koszta leczenia i niebezpieczeństwa grożące innym dzieciom. *Lewkowicz.*

Lesué. **Leczenie maślanką pewnych toksycznych zapaleń u dzieci (ognik i wyprysk).** (*Arch. de méd. des enf.*, styczeń 1906). W tych przypadkach, w których ani leczenie miejscowe, ani usunięcie przekarmiania nie wiodło do celu, zastępował autor mleko u dzieci sztucznie karmionych całkowicie, u dzieci przy piersi częściowo (połowę karmień) maślanką, przygotowaną według przepisu Teixeiry de Mattos. Do litra maślanki ze śmietanki słodkiej lub kwaśnej, dodaje się łyżkę stołową mąki pszennej, gotuje mieszając, doprowadza trzy razy do zawrzenia, dodaje 80—90 gr. cukru. Wyższość maślanki polega na małej ilości tłuszczu przy znacznej wartości kaloryjnej, zależnej od wielkiej ilości węglowodanów, na delikatnej zawiesinie sernika, na obecności kwasu mlecznego, który ma znaczenie przeciwgnilne. Karmienie maślanką usuwa szybko rozkład w jelitach, stolce cuchnące, zaparcie, i sprawia, że ognik leczy się w przeciągu 5—8 dni, wyprysk w przeciągu 2—4 tygodni. *Lewkowicz.*

Kien. **O pęcherzycy niemowląt (nie kiłowej).** (*Medizinische Klinik* Nr. 56, 1905). Pęcherzyca nie kiłowa zdarza się w kilku różniących się od siebie odmianach. Pęcherzyca o ostrym przebiegu pojawia się wyłącznie u noworodków (*pemphigus neonatorum*). Natomiast pęcherzyca swoista (*pemphigus acutus idiopath.*) zdarza się u starszych niemowląt i dzieci dobrze zbudowanych i odżywionych, nigdy zaś nie zdarza się u noworodków. Pęcherzyca przewlekła jest o wiele rzadsza, niż inne odmiany pęcherzycy i odznacza się skłonnością do ciągłych nawrotów. Od pęcherzycy kiłowej odróżniają się odmiany nie kiłowe tem, że przy pęcherzycy kiłowej pęcherze zajmują stopy i dłonie, co nie trafia się nigdy w tamtych postaciach są zwykle mniejsze i zawierają treść mętną. Najważniejszemi cechami pęcherzycy ostrej noworodków jest jej szybkie niespodziewane powstawanie między 4-tym a 9-tym dniem życia, skłonność do epidemicznego rozszerzania się. Spostrzeżenia, zebrane z ostatnich dziesięciu lat, dowodzą łatwości przenoszenia się pęcherzycy nietylko z dzieci na dzieci, ale także na dorosłych. Autor spostrzegał 6 przypadków pęcherzycy u niemowląt w wieku od 3 tygodni do 10 miesięcy. W większości przypadków, które skończyły się śmiercią, stwierdził autor zapomocą badania bakteryologicznego w treści pęcherzy i we krwi gronkowca ropotwórczego złotego i białego. Na podstawie tych kilku przypadków pęcherzycy dochodzi autor do wniosku, że 1) ostra pęcherzyca należy do najniebezpieczniejszych chorób wieku niemowlęcego, 2) pęcherzyca ostra swoista niemowląt jest tak pod względem przebiegu klinicznego, jak i cech bakteryologicznych, zupełnie podobna do pęcherzycy noworodków. *Stopczański.*

Cramer. **Czy istnieje septyczne zakażenie z przewodu pokarmowego u noworodków?** (*Archiv für Kinderh.* Tom 42, Zeszyt V i VI). Pomimo wielkiej skłonności ustroju noworodka do ogólnych zakażeń, zakażenie septyczne, mające punkt wyjścia z przewodu pokarmowego, należy w tym wieku do rzadkości. Autor omawia dwa takie przypadki, oba zakończone śmiercią w czwartym dniu życia, a w których badanie zwłok stwierdziło rozległe zmiany jedynie w przewodzie pokarmowym. Zakażenie nastą-

piło prawdopodobnie drogą smolki, która stanowi dobre podłoże dla chorobotwórczych drobnoustrojów. Na podstawie tych przypadków stwierdza autor, iż jeszcze przed rozpoczęciem właściwego żywienia mogą się rozgrywać w przewodzie pokarmowym sprawy chorobowe, które czynią wątpliwym pomyślny przebieg późniejszego żywienia. Ta okoliczność tłómaczy niepowodzenia, zdarzające się niekiedy z początku przy żywieniu piersią, a niesłusznie wkładane na karb „niedobrego" pokarmu. Pokarm naprawdę „niedobry" uważa autor za niezmiernie rzadki wyjątek. *Żeleński.*

Uffenheimer. **Nowy objaw utajonej tężyczki wieku dziecięcego: oblicze tężyczkowe.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Objaw ten polega na tem, że twarz dziecka traci swoistą dziecięcość, a przybiera wyraz zamyślenia lub troski, a czasem znów chytrości. Jest to wynikiem stałego lekkiego skurczu mięśni twarzowych. Objaw ten spotykał autor bardzo często, ale nie stale. Jest on często objawem wczesnym, niejako zwiastunowym, pojawiającym się przed wszelkimi innymi objawami, mianowicie także przed wzmożeniem pobudliwości nerwów obwodowych na prąd stały, przed objawam Chvosteka i Trousseaua, stąd jego wielkie znaczenie rozpoznawcze. *Lewkowicz.*

Schütz. **Przewlekła niestrawność żołądkowo-kiszkowa w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* t. 62, grudzień, 1905). Autor zwraca uwagę, że wyzyskanie pokarmów (mięso, tłuszcz, skrobia) może być upośledzone nawet wtedy, gdy niema wybitniejszych objawów żołądkowo-kiszkowych. W takich przypadkach jedynie tylko badanie stolców co do znajdowania się w nich resztek pokarmowych, wykonane po zastosowaniu odpowiedniej normalnej dyety według Schmidta gołem okiem i pod mikroskopem, może wykazać zboczenie. Jako ilustracyę przytacza autor spostrzeżenie trojga rodzeństwa. Zaburzenie trawienia jednego pokarmu nie przebiega równolegle z zaburzeniem trawienia drugiego. Leczenie zboczenia jest głównie dyetetyczne: ograniczenie mięsa i zastąpienie go białkiem kurzem, przetworami białkowymi i sokiem mięsnym, ograniczenie tłuszczu i zastąpienie go węglowodanami, pokarmy bez przymieszek niestrawnych („bezżużlowe"), zatem zakazanie owoców, jarzyn, chleba czarnego, łącznotkankowych części mięsa. Jakiego stopnia ma być ograniczenie, pouczy systematyczne badanie stolców. *Lewkowicz.*

H. v. Ranke. **W sprawie zwężeń krtani, powstających czasem po intubacyi i następowej tracheotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 42). Przypadki zwężeń krtani po intubacyi i następowej tracheotomii, wykonanej z powodu odleżyn po intubacyi, nie są częste. Chorzy tacy są zwykle zmuszeni przez całe życie nosić rurki tracheotomijne. Autor próbował rozszerzać zwężenie zapomocą odpowiednio grubych i zgiętych sond, ale wynik tego leczenia nie był zbyt pomyślny. R. przypisuje zwężenie krtani nietyle samej odleżynie i następowemu zbliznowaceniu, ile raczej stałemu usunięciu krtani z aktu oddychania. W warunkach prawidłowych sam prąd powietrza rozszerza krtań, natomiast po tracheotomii, nie biorąc udziału w oddychaniu, krtań wiotczeje, zapada się i zwęża. Ranke nie chce przyznać zupełnej słuszności O'Dwyerowi i amerykańskiej szkole, która zarzuciła zupełnie następową tracheotomię z powodu odleżyn, a została wierną intubacyi, ale broni także i zasad, przyjętych w Niemczech. Sam wybrał drogę pośrednią. Chociaż przyznaje, że Amerykanie nie mają większej śmiertelności, to jednak głównem hasłem jego jest ratować od śmierci, choćby i zapomocą tracheotomii, tylko rurkę zostawia teraz nie dłużej nad 2, najwyżej 3 dni na stałe i temu głównie przypisuje, że niema teraz przypadków zwężenia krtani, która muszące znów brać udział w oddychaniu, zwężeniu nie ulega. *A. Kozaczka.*

CHIRURGIA. Hecht. **Przyczynek do symptomatologii ropniaka zatoki szczękowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 37). Jeżeli ropniak zatoki szczękowej (*empyema antri Highmori*) trwa długie lata, może z powodu ciągłego połykania rozkładającej się ropy i wessania ptomatyn ropy gnijącej rozwinąć się ciężka niedokrwistość i znaczne wycieńczenie, połączone ze zboczeniami w trawieniu, jak gniecenie w żołądku, nudności i wymioty. Dwa razy spostrzegano nawet zapalenie otrzewnej w następstwie ropniaka zatoki szczękowej. H. spostrzegał przypadek ropniaka zatoki szczękowej u 42-letniej kobiety, u której rozwinęło się potem zapalenie wielu nerwów (*neuritis multiplex*) w kończynach górnych i dolnych, do czego przyłączyły się jeszcze silne bóle przy łykaniu i kłucie w lewem uchu. Stwierdzono tylko wciągnięcie błony bębenkowej, z czego można było wnosić tylko o nieżytowem obrzmieniu błony śluzowej trąbki słuchowej. Dopiero po rozpoznaniu ropienia w lewej zatoce szczękowej, otwarciu jej przez zębodoł pierwszego zęba trzonowego i wypuszczeniu ropy znikły wszystkie te objawy i chora w pięć tygodni wyzdrowiała. Zapalenia gardła, a nawet krtani z powodu ropniaka zatok szczękowych nieraz się zdarzają. W drugim przypadku autora nastąpiło z powodu ropniaka zatoki szczękowej i rozszerzania się sprawy nagłe oślepnięcie, poczem rozwinęło się zapalenie opon mózgowych, któremu chora w jedną dobę uległa. Oślepnięcia z powodu ostrego zapalenia zatok szczękowych opisywano już i dawniej, a przyczyna ich leży prawdopodobnie w ucisku obrzękłej tkanki oczodołu na nerw wzrokowy i tętnicę środkową siatkówki, dlatego też zwykle takie oślepnięcia pozwalają dobrze rokować i we wszystkich dawniejszych przypadkach ślepota zawsze ustępowała. *Dr. Fels.*

Brenner. **Połączenie żołądka z jelitem, czy wycięcie, przy wrzodzie modzelowatym.** (*Archiv f. klin. Chir.* Tom 78, Zeszyt 3). Na zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie w roku 1902 polecił autor gorąco wycinanie części żołądka, jako jedyny zabieg przy modzelowatych wrzodach żołądka, zaś połączenie żołądka z jelitem uznał za wystarczające tylko przy wrzodach małej krzywizny i odźwiernika, nie zrośniętych z trzustką. Obecnie jednak zmienił nieco zdanie, przekonawszy się z doświadczenia, że i po połączeniu żołądka z jelitem wrzody modzelowate ustępują, chociaż niektórzy, n. p. Jedlička, dotąd nie chcą temu wierzyć. Autor opisuje 3 takie przypadki. W pracy swej wspomina autor także o losach operowanych przez siebie chorych: po połączeniu żołądka z jelitem (30 przypadków) umarło 4 chorych, t. j. 13·3 prc. śmiertelności, a po wycięciu (21 przypadków) umarło 6, t. j. 28·6 prc. śmiertelności. Wyniki co do czynności żołądka w obu razach jednakie, a skoro śmiertelność tak znacznie się różni, nic dziwnego, że autor przechodzi na stronę zwolenników łączenia żołądka z jelitem podobnie, jak to też większość operatorów na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Brukseli uczyniła. *A. E. Klesk.*

Ehrhardt. **Wycinanie grasicy przy dychawicy grasiczej** (*asthma thymicum*). (*Archiv für klin. Chir.* T. 78, Z. 3, 1905). Dychawicę grasiczą tłómaczą jedni przez mechaniczny ucisk powiększonego gruczołu, inni znów uważają ją za wyraz szczególnego usposobienia (*status thymicus*). Wycięcie grasicy w takich przypadkach należy do wielkich dotąd rzadkości. Pierwszą taką operacyę wykonał Rehn u $2^{1}/_{2}$-letniego dziecka, cierpiącego od 4 tygodni na duszność. Wykonano nacięcie tchawicy. Po 4 tygodniach chciano założyć krótszą rurkę do tchawicy, a gdy przytem powstała duszność, nasunęła się myśl o guzie śródpiersia lub grasicy. Nacięto przeto szyję nad wcięciem mostka i znaleziono silnie powiększoną grasicę, którą wyciągnięto i przyszyto nad mostkiem (*exopexia*). Wkrótce potem wyciął w innym przypadku częściowo grasicę Fryderyk König także z powodu duszności. Grasica była tu widoczna już pod skórą jako guz, występujący z pod mostka przy oddechu. Trzeci przypadek operował autor również z powodu duszności. Przed operacyą rozpoznawał guz śródpiersia lub powiększenie grasicy. Przy operacyi znalazł rzeczywiście powiększoną grasicę, którą powiodło się stosunkowo łatwo z pod mostka wydobyć i w całości wyciąć. Przebieg zdrowienia zupełnie prawidłowy. Do usunięcia grasicy w całości zachęciły autora doświadczenia Tarulliego i Lo Monaca na psach, dowodzące, że wycięcie grasicy u młodych zwierząt nie pociąga za sobą złych następstw, wyjątkowo tylko spostrzegano spadek ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny lub zmniejszenie się siły mięśniowej. Spłaszczenie tchawicy było w przypadku autora silne, wyrównało się jednak szybko. Nagłą śmierć w przypadkach stanu grasiczego (*status thymicus*) tłómaczy autor jedynie tem znacznem spłaszczeniem tchawicy. Grasicę uważa autor za narząd nawet w wieku dziecięcym zupełnie niepotrzebny, a raczej zbędny. *A. Klesk.*

Martini. **O możności wytworzenia nowego ubocznego krążenia w nerce.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 78, Z. 3). Naczynia nerkowe stoją, jak wiemy, w łączności z naczyniami tkanki tłuszczewej okołonerkowej, przechodzą bowiem przez torebkę do niej. Te dodatkowe niejako naczynia nerkowe pochodzą od tętnic lędźwiowych, przeponowych, nadnerkowych, moczowodowych i nasiennych. Obecnie dążą chirurdzy do wynalezienia sposobu, któryby krążenie oboczne tą drogą wytwarzał. Jako taki sposób podano ściągnięcie torebki nerkowej, z dodatkowem w razie potrzeby przecięciem, przyszyciem, nakłuciem lub przemieszczeniem nerki do jamy otrzewnej. O korzystnym wpływie takiej operacyi pisał pierwszy w roku 1889 Tuffier, klinicznie wykonał ją pierwszy w roku 1894 Ceccherelli, za nim Obaliński, Edebohls, Jonnesco i t. d. Edebohls między rokiem 1899—1901 rozszerzył jeszcze znacznie wskazania do zdejmowania torebki, spostrzegłszy, że objawy zapalne w nerce wędrującej po ściągnięciu torebki znikały, podał też sposób leczenia zapalnych stanów nerek. O sposobie Edebohlsa wyrażano się na podstawie spostrzeżeń klinicznych różnie. Jedni przyjęli go z zapałem, inni, jak Albarran, Bernard, odmawiają mu wszelkiego znaczenia, twierdząc, że korzystne działanie zabiegu jest tylko przemijające, później bowiem tworzy się nowa torebka, jeszcze grubsza

i mniej unaczyniona, niż pierwotna. Po zdjęciu torebki nerka powiększa się, ale potem powraca do pierwotnych rozmiarów, tworzy się torebka gruba, zawierająca mało naczyń (Gifford). Zondeck wyraża się o zdejmowaniu torebki bardzo niekorzystnie twierdząc, że wywołuje ono krwotoki miąższowe i obumieranie nabłonka. Chcąc poprawić wady operacyi Edebohlsa, polecił Bakes łączyć nerkę, nie ze słabo unaczynioną tkanką tłuszczową, lecz z otrzewną i to bądź przez umieszczanie nerki po zdjęciu torebki w sieci, lub tuż pod samą otrzewną. Korzystny wpływ zdjęcia torebki uznają obecnie głównie lekarze włoscy, gdy inni nie uznają go wcale. W doświadczeniach swych autor starał się przekonać: 1) jak zachowuje się nowo wytworzona torebka; 2) jak zachowują się i tworzą nowe naczynia i krążenie uboczne; 3) jaką mają one wartość dla nerki. Autor przekonał się, że nowa torebka tworzy się głównie wskutek bujania tkanki łącznej i komórek nabłonkowych kory nerkowej. Przylega ona do nerki bardzo ściśle i po wytworzeniu się jest grubsza od torebki prawidłowej. Torebka ta bywa trochę cieńsza, jeżeli nerkę po zdjęciu torebki umieści się w sieci. Kurczenia się i twardnienia torebki nie spostrzegał zupełnie. Zdjęcie torebki wywołuje tylko przejściowe przekrwienie i wcale nie wpływa niekorzystnie na nabłonek. Zmniejszenie się ilości moczu po operacyi (*oliguria*) jest przejściowe i tłómaczyć je należy odruchem nerkowym. Jeżeli do zdjęcia torebki dołączono i przecięcie nerki, to nowa torebka w bliźnie nerkowej wchodzi aż do miąższu nerki. Co do wytwarzania się nowych naczyń, to stwierdził autor, że krążenie uboczne w nowej torebce jest o wiele silniej rozwinięte i naczyń spotyka się tu więcej, niż w torebce starej, szczególnie jeżeli nerkę umocowuje się do otrzewnej lub umieszcza w sieci. Dołączenie przecięcia nerki wpływa na krążenie uboczne niekorzystnie. Wreszcie co do wartości nowego krążenia dla nerki, to starał się autor określić to zapomocą podwiązywania naczyń nerkowych i przekonał się, że zwyrodnienie i obumieranie miąższu po podwiązaniu tętnicy lub żyły nerkowej występują o wiele silniej w nerce prawidłowej, niż w nerce, przedtem pozbawionej torebki (naturalnie po wytworzeniu nowej), do tego nawet stopnia, że krążenie żylne może się temi nowemi drogami ubocznemi zupełnie wyrównać; krążenie tętnicze wyrównywa się tylko częściowo. Podwiązanie obu żył nerkowych u zwierząt, u których przedtem pozbawiono nerkę torebki, pozwala zachować je przy życiu, jeżeli wykonano te zabiegi w odstępie jednego miesiąca; taki sam zabieg u zwierząt prawidłowych kończy się zaś zawsze śmiercią. Podobnie po zdjęciu torebki nerkowej przetrzymują zwierzęta równoczesne podwiązanie tętnicy i żyły nerkowej, natomiast zwierzę prawidłowe po tym zabiegu ginie. Krążenie uboczne nowowytworzone zdoła nawet utrzymać przy życiu psa po wycięciu drugiej nerki i następowem podwiązaniu żyły nerki operowanej.

A. E. Klęsk.

J. Eversmann. **Leczenie ssące Klappa przy ropiejących ranach skórnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). W kilku przypadkach ropienia w powłokach po cięciu brzusznem i po operacyi Alexandra-Adama, stosował E., po zrobieniu malutkiego otworka w skórze, przyrząd Klappa celem dokładniejszego wydobycia wydzieliny, niż się to dzieje przez wypłukanie. Działanie ssące stosował przez $^1/_2$ godziny, z przerwą 1-minutową w odstępach 5-minutowych. Obok tego stosował E. maść lapisową i okład wysychający, nigdy zaś jamki nie tamponował, sądząc, że przyczynia się to do podtrzymywania wydzieliny, a niekiedy do wyropienia podwiązki lub szwów. Wyniki przemawiają, zdaniem E., na korzyść takiego postępowania. *B. Wojciechowski.*

Romme. **Znieczulenie chirurgiczne siarkanem magnowym.** (*Presse méd.* 1906, Nr. 9). Autor streszcza badania Meltzera z New-Yorku nad działaniem znieczulającem siarkanu magnu przy wstrzyknięciu do żył, podskórnie lub pod opony rdzenia. 0·06 gr. na kg. wagi zwierzęcia, wstrzyknięte podoponowo, wywołuje po 2 minutach porażenie i całkowite znieczulenie kończyn dolnych; porażenie i znieczulenie obejmuje powoli całe ciało, tętno ulega zmianie, oddychanie słabnie, odruch spojówkowy zachowany. W ciągu doby zwierzę powraca do zwykłego stanu. Dawką śmiertelną jest 0·25 gr. na kg. wagi zwierzęcia. Tego sposobu znieczulenia używano w celach chirurgicznych. Wstrzykiwano pod opony rdzenia (jak przy znieczuleniu kokainowem) 0·025 gr. na 20 kg. wagi chorego. Zabieg operacyjny rozpoczynano w 3—4 godziny po wstrzyknięciu. W jednym z przypadków liczba oddechów spadła do 10; wówczas przepłukano kanał kręgowy fizyologicznym roztworem soli. Czucie wracało w 8—14 godzin, pęcherz był porażony przez 2 doby, raz przez 12 dni. Obecnie radzi Meltzer operować w 2 godziny po wstrzyknięciu, po operacyi natychmiast przepłukać kanał kręgowy roztworem soli, a w razie potrzeby używać aparatu Fell-O'Dwyera do sztucznego oddychania. Autor wspomina nadto o jednym beznadziejnym przypadku tężca, uleczonym przez wstrzykiwanie rdzeniowe siarkanu magnu. *Mostowski.*

Spitzy. **Z dziedziny chirurgii i nauki o nerwach.** (*Zeitschr. f. orthopäd. Chir.* T. XIV). Jak wiadomo, można porażony nerw przez przyszycie do zdrowego pobudzić do czynności. Autor zastosował ten sposób przy porażeniu nerwu udowego i strzałkowego w przypadku zapalenia substancyi szarej rdzenia. Cięciem 6 cm. długiem, zaczynającem się od więzadła Pouparta, odsłonił nerw udowy, następnie drugiem cięciem od guza łonowego na wewnątrz, dostał się między między mięsień przywodzący długi, a łonowy, aż do rozgałęzienia nerwu zasłonowego (*obturatorius*). Po odcięciu gałązki powierzchownej tegoż nerwu tuż przy mięśniu, przeniósł ją podskórnie z pomocą rurki szklanej i wszył w nerw udowy. Po zeszyciu rany założył opatrunek gipsowy, obejmujący miednicę i udo. U dwóch operowanych w ten sposób chorych wynik był zupełnie dobry. *A. Klęsk.*

Brunn. **W sprawie gruźlicy jądra i najądrza.** (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* T. 77). W sprawie leczenia gruźlicy jądra i najądrza zapatrywania bardzo się różnią: jedni są za postępowaniem doszczętnem, inni za zachowawczem. Bardenheuer poleca n. p. wyciąć najądrze (oczywiście, gdy w jądrze zmian niema), a następnie połączyć nasieniowód z ciałem Highmora (podług Rasumowskyego), a to celem zachowania sprawności gruczołu nasiennego. Brunn badał mikroskopowo jądra, na oko zupełnie zdrowe, przy wybitnych zmianach gruźliczych najądrza i we wszystkich przypadkach znalazł w jądrze gruźlicę. Wobec tego jest zwolennikiem jaknajdoszczętniejszego operowania, gdyż nie wolno zostawiać ognisk chorobowych w samem jądrze i do tego przez połączenie nasieniowodu (jak to radzi Bardenheuer) pozwalać im rozsiewać się dalej. *A. Klęsk.*

Wölfler. **Zeszycie nerwu podjęzykowego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 45). Autor opisuje pierwszy, jak dotąd, przypadek skutecznego zeszycia nerwu podjęzykowego u chorego, który w napadzie szału zadał sobie kilka ran ciętych na szyi. Objawy skaleczenia nerwu polegały na utrudnieniu mowy (pod względem ruchowym) i jedzenia. W pół roku po operacyi wynik był zupełnie dobry, wrażliwość faradyczna i galwaniczna wróciły zupełnie. Opisano dotąd 6 przypadków przecięcia nerwu podjęzykowego, szwu jednak nigdy dotąd nie stosowano. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Prof. Stoeckel. **Pubiotomia, nowy sposób rozszerzania miednicy.** (*Berl. kl. Wochs.* 1906, Nr. 5). Stoeckel przemawia na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych za pubiotomią, jako zabiegiem bardzo łatwym, a nie niebezpiecznym, o wiele łagodniejszym od rozcięcia spojenia łonowego i po udoskonaleniu mogącym w ręku lekarza praktyka poza kliniką oddać wielkie usługi. Należy jednak przedtem przez dalsze próby w klinikach stwierdzić, czy zawsze zapomocą pubiotomii uda się urodzić dziecko żywe, a to jest dla tej operacyi warunkiem koniecznym. Jeżeli to oczekiwanie się sprawdzi, to wtedy pubiotomia podskórna według Walchera usunie w praktyce rozcięcie spojenia, przedwczesny poród, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i wymóżdżenie płodu żywego. *E.*

W. Stoeckel. **Symfizeotomia czy pubiotomia?** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). Opis 2 przypadków pubiotomii podskórnej spos. Döderleina, w klinice Bumma: 1) Pierwiastka, rodziła już 4 doby i przyjęta została z ciepłotą 38°. Miednica krzywicza, płaska, sprzężna prawdziwa 8 cm., główka oparta o wchód. Ujście na 5 k. rozszerzono sposobem Bossiego w ciągu 10 min., wykonano pubiotomię i wydobyto kleszczami wysokiemi płód żywy, ważący 3180 gr.; obwód główki 34 cm. Połóg prawidłowy. 2) Pierwiastkę skierowano jako ciężarną do kliniki dla wywołania porodu przedwczesnego z powodu miednicy ogólnie ścieśnionej, płaskiej, krzywiczej, silnie pochylonej, ze sprzężną prawdziwą 7 cm. Poród wzniecono kolpeurynterem, a przy ujściu, rozwartem na małą dłoń, założono metreurynter i obciążono go. Po przebiciu pęcherza obrót na nóżkę, pubiotomia, bardzo trudne wydobycie płodu silnie omdlałego, z tętnem. Płodu nie docucono. Stwierdzono silny wgniot kości ciemieniowej tylnej i zwichnięcie kręgosłupa w części szyjnej. Połóg prawidłowy.

Bumm używa do przeprowadzenia piłki igły ostrej, odpowiednio wygiętej i wbija ją od dołu, pomiędzy wargą mniejszą a większą, wykłuwa zaś na zewnątrz od guzka łonowego (*tuberc. pubicum*); zresztą technika Döderleina. Operacya jest tak łatwa, że nadaje się do wykonania w domu prywatnym, czego o symfizeotomii powiedzieć nie można. Najniższym wymiarem sprzężnej prawdziwej, przy którym liczyć można na dobry wynik, t. j. na wydobycie płodu żywego, jest przy miednicy płaskiej 8 cm., a przy ogólnie ścieśnionej $8^1/_2$ cm. Wskazuje na to między innymi przytoczony przypadek drugi. Ponieważ z licznych doświadczeń wynika, że po symfizeotomii wchód miednicy cokolwiek znaczniej się rozszerza, niż po pu-

biotomii, przeto sądzi S., że należy symfizeotomię, mimo jej wad, zachować jako operacyę kliniczną dla przypadków cięższych, poniżej 8—8½ cm., w innych, lżejszych, stosować pubiotomię. Wyniki symfizeotomii zależą od tego, czy rana goi się doraźnie (*per primam*). Z 13 przypadków Bumma uległ zakażeniu tylko jeden, zresztą matki wyzdrowiały, a wszystkie dzieci urodziły się żywe.

B. Wojciechowski.

A. Döderlein. **W sprawie hebotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). Doświadczenie autora obejmuje 16 przypadków. Wszystkie matki wyzdrowiały, a tylko jeden płód obumarł po kleszczach Tarniera. W ostatnim swym przypadku uwzględnił D. życzenie Zweifla, by po przecięciu kości pozostawić poród siłom przyrody. Chodziło o osobę rodzącą po raz drugi, która po bezskutecznych kleszczach i wymóżdżeniu płodu przy porodzie pierwszym, pragnęła dziecka żywego. Miednica ogólnie ścieśniona, płaska, krzywicza, sprzężna prawdziwa 8 cm. Przy ujściu, rozwartem na dłoń, główka ruchoma. Po hebotomii zapobiegawczej otoczono miednicę pasem przylepca i czekano. Gdy po 3 godzinach główka jeszcze do miednicy nie zstąpiła, przecięto w jednem miejscu przylepiec, lecz nie zdjęto go. Wkrótce główka zstąpiła, a w 6 godzin po operacyi nastąpił samorodny poród płodu żywego, ważącego 3600 gr. Wśród tego skarżyła się chora jedynie na zwykłe bole porodowe; odpada więc zarzut okropności, czyniony żądaniu Zweifla. Na przyszłość postanowił D. zakładać zamiast przylepca wąż gumowy dokoła miednicy i zasadniczo zachować się wyczekująco, przyśpieszać zaś poród jedynie z wyraźnych wskazań.

B. Wojciechowski.

W. Rosenfeld. **O sposobie rozszerzania się miednicy przy pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 3). W przekonaniu, że doświadczenia Tandlera zapomocą klina drewnianego, wciskanego w szczelinę, powstałą po pubiotomii na miednicy zwłok, nie odpowiadają warunkom naturalnym, przeprowadził R. szereg doświadczeń na miednicach świeżych, z zachowaniem więzadeł, ustalonych, przeprowadzając główkę zapomocą kleszczy i stwarzając niestosunek porodowy. Wyniki swe streszcza R. w następujący sposób: 1) Każda miednica ma dzięki swej elastyczności pewną zdolność rozszerzania się (sprz. prawdz. do 6 mm.), która się sumuje z rozszerzeniem, uzyskanem przez pubiotomię. 2) Pomiędzy stopniem rozszerzenia miednicy po pubiotomii w stosunku do symfizeotomii niema, szczególnie w pewnych typach miednic, znaczniejszej różnicy, ponieważ linie przecięcia po obu operacyach zaledwie o 1½ cm. są od siebie oddalone. 3) Miednica ogólnie ścieśniona ulega po pubiotomii rozszerzeniu przez jednostajne powiększenie wszystkich wymiarów, płaska zaś i ogólnie ścieśniona płaska miednica rozszerzają się niejednostajnie, po stronie operowanej więcej, niż po przeciwnej, z czego wynika, że 4) należy operować po stronie potylicy płodu. 5) Miednica płaska rozszerza się głównie kosztem jednostajnego rozciągnięcia stawu krzyżowo-biodrowego po obu stronach, ogólnie ścieśniona zaś przez silniejsze rozciągnięcie tegoż stawu po stronie operowanej. 6) Jednostronne rozszerzenie stawu łatwiej pociąga za sobą przedarcie odpowiednich więzadeł krzyżowo-biodrowych, aniżeli obustronne.

B. Wojciechowski.

R. Gersuny. **Próba zapobieżenia nieżytowi pęcherza wskutek cewnikowania.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). Mimo unikania wprowadzenia drobnoustrojów do pęcherza za pośrednictwem narzędzia i mimo przeplukiwań pęcherza płynami przeciwgnilnymi celem zniszczenia drobnoustrojów, pochodzących z szyjki, nie zdołano dotąd uzyskać zadowalniających wyników. Wychodząc z założenia, że ważną rolę w etyologii nieżytu pęcherza odgrywa uraz wskutek wprowadzenia choćby zupełnie czystego cewnika, a to przez dotykanie cewnikiem ściany pęcherza, przez załapywanie i kaleczenie się błony śluzowej w okienkach cewnika, przez nagłe uderzanie ściany pęcherza o cewnik w razie zbyt szybkiego odpływania moczu,— obmyślił G. cewnik szklany, zgięty w kształcie litery S, o średnicy przekroju ½ cm., o ścianie grubej, a świetle cienkiem, ze zgrubieniem płytkowem w połowie długości, bez okienek bocznych. Cewniki te są krótkie, gdyż połowa długości wynosi 4—4½ cm., a wskutek swej budowy mogą być jednym lub drugim końcem do pęcherza wprowadzane. Na 35 wielokrotnie po cięższych zabiegach cewnikowanych chorych, u jednej tylko, cewnikowanej 14 razy po rozległej *colporrh. ant.*, powstał nieżyt pęcherza, u 4 zaś podrażnienie ograniczone do cewki, co G. uważa za wynik zachęcający.

B. Wojciechowski.

A. Labhardt. **Czy w każdym przypadku można rozpoznać zatrzymanie się łożyska dodatkowego?** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). Oglądając błony pod światło, widać zazwyczaj promień naczyń, dążących od łożyska dodatkowego do głównego. Jeżeli łożysko dodatkowe pozostało w macicy, można po tych naczyniach przerwanych w błonach dojść do rozpoznania. W razie częściowego lub zupełnego pozostania błon w macicy rozpoznanie jest utrudnione, lecz i wówczas daje się niekiedy odszukać przerwane naczynia w miejscu przyczepu kosmówki gładkiej (*chorion laeve*) do łożyska. Niemożliwem natomiast staje się rozpoznanie w przypadku zupełnego zatoru w łożysku dodatkowem i następowego zaniku naczyń. L. opisuje przypadek tego właśnie rodzaju, w którym, w razie pozostania łożyska dodatkowego w macicy, rozpoznanie na podstawie badania błon byłoby wręcz niemożliwe. Sprawa ta nie jest bez znaczenia również dla medycyny sądowej.

B. Wojciechowski.

Kroemer. **Leczenie zastoinowe Biera w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 4). K. opisuje przyrząd w kształcie wziernika macicznego szklanego, którego koniec przedni, ślepy, posiada od góry rurkę, przeznaczoną do połączenia z pompą powietrzną, a od dołu przechodzi w kołbiasty zbiornik, służący do uchwycenia odpływającej wydzieliny i dający się łatwo opróżnić i oczyścić. Metoda jeszcze zbyt jest nowa, by mówić o ścisłych wskazaniach. K. przytacza tylko zachęcający przypadek ciężkiej ropnicy połogowej, w którym w 12. dniu zastosowano przyrząd ssący przez 10 minut, a nazajutrz nastąpiła nagła poprawa tętna i ciepłoty i ustąpiły poty. 10. dnia wyssano jeszcze 100 gr. ropnej cieczy. Nastąpiło wyleczenie. Badanie bakteryologiczne stwierdziło paciorkowce i gronkowce. Nie przeceniając na razie korzystnego wpływu leczenia metodą Biera w tym przypadku, stwierdza w każdym razie K., że nie podziałało ono szkodliwie, a bądź co bądź ułatwiło odpłynięcie ropnej treści z jamy macicy. Dalsze próby w takich przypadkach są wskazane. Można się spodziewać, że metoda Biera odda dobre usługi także w przewlekłych stanach zapalnych części rodnych i w ich następstwach, a to przez dowolne sprowadzanie przekrwienia lub niedokrwienia (po nakłuciach części pochwowej). Przypadki niedostatecznego zwinięcia się macicy połogowej powinnyby również stanowić wdzięczne pole dla metody Biera. Podobnież przypuszczać należy, że zrosty i stare ogniska zapalne w otoczeniu macicy, nieżyt maciczny (szczególniej po poprzedniem nacięciu błony śluzowej według Pfannenstiela) i inne stany przewlekłe nadadzą się do leczenia tą metodą. Co do wzniecenia poronienia zapomocą działania ssącego, to jeden przypadek autora zawiódł pokładane w tej metodzie nadzieje.

B. Wojciechowski.

OKULISTYKA. Chevallereau. **Keratotomia poprzeczna połączona.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). Operacya ta ma za zadanie wytworzyć dogodne warunki dla noszenia sztucznych oczu, a więc kikut oczny postaci prawidłowej, dobrze zaokrąglony i umożliwiający wydatne ruchy gałki ocznej. Zabieg ten wykonuje się w sposób następujący: w znieczuleniu ogólnem zakłada się rozwórkę powiekową i nożykiem Graefego przecina się rogówkę w południku poziomym w całej jej rozciągłości. Następnie chwyta się tęczówkę silnie szczypczykami, odrywa się ją od podstawy zapomocą ruchów kołujących, przecina torebkę soczewki i wyjmuje się soczewkę zapomocą łyżeczki. Rozwórkę szybko się oddala i zakłada opatrunek uciskowy. Oko sztuczne można nosić dopiero po 5—6 tygodniach. Operacyę tę zaleca autor w przypadkach bielma całkowitego (*leucoma corn. tot.*) lub wydętego garbiaka rogówki (*staphyl. corneae*) i wrodzonych lub nabytych wolich oczu (*buphtalmos*), gdy brak zupełnie poczucia światła.

Dr. W. Reis.

Micas. **Przypadek przerywanego łzawienia, wywołanego odruchem przełykowo-łzowym przy porażeniu nerwu twarzowego.** (*Opht. Klin.* Nr. 20, 1905). U mężczyzny 20-letniego, dotkniętego porażeniem nerwu twarzowego, powstało łzawienie, wzmagające się przy każdem akcie połykania. Powstanie tego objawu wytłómaczyć można istnieniem odruchu przełykowo-łzowego Carnota. Nerw błędny stanowi prawdopodobnie drogę odruchową. Zdaniem autora porażenie nerwu twarzowego bynajmniej nie było powodem pojawienia się tego odruchu, chory ten bowiem należał już i przedtem do tych rzadkich przypadków, w których można stwierdzić odruch Carnota i dopóty nic nie wiedział o tem zboczeniu, dopóki drogi, odprowadzające łzy, były prawidłowe. Dopiero z nastaniem porażenia, gdy osłabł także mięsień Hornera przy przewodach łzowych, powstało widoczne łzawienie. Przecięcie przewodu łzowego ułatwiło w tym przypadku dostęp łez i uwolniło chorego od przykrego cierpienia.

Dr. W. Reis.

Coopman. **Przypadek kurczu powieki, jako prawdopodobne następstwo wyrzynania się zęba.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). U dziecka 3-letniego powstał nagle kurcz powieki. Badanie ogólne nie dało żadnych wyników, a wszelkie zastosowane środki nie odniosły skutku. Dopiero piątego dnia zaczęło się dziecko uskarżać na ból zębów. C. stwierdził obrzęk dziąsła za drugim tylnym mlecznym zębem trzonowym. Naciął przeto dziąsło w mniemaniu, że to jest utrudnione wyrzynanie się zęba. Na drugi dzień ząb był już widoczny, a równocześnie ustąpił także kurcz powieki. Autor

upatruje związek przyczynowy między jedną sprawą, a drugą, powołując się na znane przypadki skurczu powieki przy próchnieniu zębów. Anatomiczną podstawę powstania tego objawu tworzy istnienie połączeń między rozgałęzieniami górnej gałęzi szczękowej nerwu trójdzielnego i gałęziami skroniowemi nerwu twarzowego.

Dr. W. Reis.

Antonelli. **Prosty sposób operacyjny dla niektórych postaci gradówki.** (*Ophtalm. Klin.* Nr. 20, 1905). Autor podaje nowy zabieg operacyjny dla leczenia gradówki, usadowionej przy brzegu powieki dolnej. A. wkłuwa obosieczny nożyk poza rzęsami w linii, w której się znajdują ujścia gruczołów Meiboma i posuwa ostrze w głąb pomiędzy skórą, a chrząstką. Lewa ręka podtrzymuje powiekę dolną w żądanej płaszczyźnie, a ucisk, wywarty palcami, działa znieczulająco i tamuje krew. Gdy ostrze noża dosięgło już środka gradówki, porusza się kilkakrotnie nożykiem w jedną i drugą stronę w tym samym poziomie, nie powiększając przytem cięcia na brzegu powiekowym. Po wyjęciu noża wyciska się zawartość gradówki, a resztę wydobywa się zapomocą ostrej łyżeczki. Rany nie szyje się; rana jest już zagojona, gdy po 24 godzinach zdejmuje się opaskę. Przeciwwskazaniem do tego zabiegu są gradówki powieki górnej, zanadto odsunięte od brzegu powiekowego; te należy nadal operować od strony spojówki.

Dr. W. Reis.

Abadie. **O wycięciu nerwu współczulnego** (*sympatektomia*) **w jaskrze** (*Ophthalm. Klin.* Nr. 23, 1905). Wycięcie górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego, podane przez autora jeszcze w r. 1897 zastosować można w takich przypadkach, gdzie wyczerpano już bezskutecznie cały arsenał środków leczniczych przeciw jaskrze. Po bezskutecznem więc wycięciu kawałka tęczówki i nacięciu twardówki oraz zapuszczaniu srodków, zwężających źrenicę, należy wykonać ten zabieg chirurgiczny dla uratowania chorego przed zupełną utratą wzroku. Autor przytacza 3 przypadki, przez siebie spostrzegane, w których powiodło się uratować wzrok chorego jedynie tylko dzięki wycięciu górnego zwoju szyjnego. Dotychczas nie było po tej operacyi żadnego przypadku śmierci lub cięższych powikłań. Spostrzeżenia te przyczyniają się do poznania patogenezy jaskry i przemawiają za udziałem nerwu współczulnego w tej sprawie chorobowej. *Dr. W. Reis.*

Frenkel. **Maść Pagenstechera w leczeniu niektórych ostrych i podostrych zapaleń spojówki.** (*Rev. gen. d'opht.* 1906, Nr. 1). Erniot i Katz (z Petersburga) zauważyli, że w niektórych postaciach ostrego lub podostrego zapalenia spojówek, połączonego ze znaczną wydzieliną, przekrwieniem i rozpulchnieniem spojówki, takie środki, jak azotan srebra, argentamina, protargol, argyrol, zupełnie zawodzą, mimo zastosowania w odpowiedni sposób i w odpowiednich rozczynach. Natomiast w przypadkach tych okazała się niezwykle skuteczną maść Pagenstechera z żółtego tlenku rtęciowego. Autor w 18 przypadkach ostrego i podostrego zapalenia spojówki, wywołanego bądź to przez prątki Weeksa, bądź też przez prątki (*diplobacillus*) Moraxa-Axenfelda przekonał się, że istotnie środki żrące lub ściągające albo nie wywoływały żadnej poprawy, albo nawet działały wprost szkodliwie, zwiększając objawy zapalne i wydzielinę, natomiast żółta maść okazała się środkiem skutecznym, skracającym znacznie chorobę. Wyższości jej nad lapisem dowiodły zwłaszcza te przypadki, w których autor przy jednakim stanie obu spojówek jedno oko leczył maścią, a drugie azotanem srebrowym. Po pewnym czasie trzeba było dla dobra chorego na tem drugiem oku lapis maścią zastąpić. *K. W. Majewski.*

Van Duyse i De Nobele. **Ochrona oka przy leczeniu części sąsiednich promieniami Roentgena.** (*Rev. gen. d'opht.* 1906, Nr. 1). Dla ochrony gałki ocznej przy naświetlaniu promieniami Roentgena skóry w blizkiem jej sąsiedztwie bywają używane płyty ołowiane, które jednak często nie przylegają dokładnie i nie usuwają niebezpieczeństwa, jakie oku zagraża. Autorowie polecają zatem muszelkę o brzegach gładko zaokrąglonych z t. zw. paryskiej emalii. Muszelkę taką, sporządzaną przez firmę braci Müllerów we Wiesbadenie, z postaci podobną do oka sztucznego, zakłada się pod powieki wprost na gałkę oczną, poprzednio dobrze znieczuloną zapomocą kokainy lub holokainy. Emalia paryska nawet w tak cienkiej warstwie zatrzymuje zupełnie promienie X, można zatem stosować długie nawet naświetlanie nietylko części, otaczających oko, ale nawet powiek i spojówki, bez obawy szkodliwego wpływu promieni Roentgena na przedni odcinek gałki ocznej. *K. W. Majewski.*

Prof. Schön. **Wodoocze** (*hydrophthalmus*), **jaskra i wycięcie tęczówki.** (*Zentralblatt für Augenheilk.* październik, 1905). Zdaniem autora wpływ wycięcia tęczówki w jaskrze polega na tem, iż w miejscu operacyi wytwarza się wiotka, przepuszczająca ciecze blizna. Następstwem tego zapatrywania jest polecany przez autora sposób operacyi w tych przypadkach jaskry, w których wzroku już uratować nie można, a chodzi tylko o usunięcie dolegliwości. Radzi on mianowicie zrobić cięcie w twardówce i przeszkadzać gładkiemu zabliźnianiu się rany tak, aby w miejscu operacyi utworzyła się ze spojówki torbiel. *Dr. Liebermann.*

I. Hirschenberg. **Przypadek jaskry na tle gruźliczem.** (*Zentralbl. f. Augenheilk.* listopad 1905). Badając tęczówkę oka, wyjętego z powodu jaskry, zauważył autor w jednem miejscu naciek, w którym widać było komórki olbrzymie, miejsca rozpadłe, skrzepłą istotę bez budowy, a ściany naczyn w niektórych miejscach były zgrubiałe. Obraz cały przemawiał za gruźlicą (wobec zmian w szczytach płuc), lub za kiłą. Autor skłania się do przypuszczenia, iż w danym przypadku była to gruźlica.

Dr. Liebermann.

L. Stemer. **O plamach barwikowych w rogówce** (*Zentralbl. f. Augenheilk.* paźdź 1905). Jakkolwiek plamki barwikowe na spojówkach są u Malajów bardzo częstem zjawiskiem, to przeciwnie plamki barwikowe rogówki są zjawiskiem stosunkowo rzadkiem. Takie dwa przypadki ograniczonych plamek w rogówce opisuje autor z własnej praktyki. W obu tych przypadkach nabłonek nie był zmieniony, barwik rozmieszczonym był natomiast w głębszych warstwach rogówki. *Dr. Liebermann.*

Darier. **Przeciwgronkowcowa surowica Doyena przy ropnem zapaleniu woreczka łzowego.** (*Ophthalm. Klin.* 1905. Nr. 24). W trzech przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego zastosował autor śródmiąższowe wstrzykiwania przeciwgronkowcowej surowicy Doyena. W pierwszym przypadku u kobiety, która nie mogła znieść leczenia miejscowego (zgłębnika i przestrzykiwań). Ropienie woreczka ustąpiło już po pierwszem wstrzyknięciu 3 cm³. surowicy, a skutek ten utrwalił się po kilku dalszych wstrzyknięciach. W drugim przypadku u 11-letniej niesfornej dziewczynki, u której założenie zgłębnika chyba tylko w uśpieniu byłoby możliwe, uporczywe ropienie w przewodach łzowych mimo wstrzykiwań surowicy Doyena wcale się nie zmniejszało. Autor zakończył sprawę wyłuszczeniem woreczka łzowego, żałował jednak, że nie wykonał dalszych w tym przypadku prób ze surowicą. W trzecim bowiem, również bardzo uporczywym przypadku śluzoropotoku obu przewodów łzowych u 17-letniej dziewczyny, u której zgłębnikowanie, protargol i argyrol tylko przemijające sprowadzały polepszenia, ropienie przecież dało się usunąć trwale po szeregu wstrzykiwań Doyenowskiej surowicy. *K. W. Majewski.*

Lapersonne. **Akromegalia i niedowidzenie połowicze skroniowe.** (*hemianopsia bitemporalis*). (*Archiv. d'Ophtal.* Nr. 8, 1905). Ze względu na blizkie sąsiedztwo anatomiczne przysadki mózgowej i skrzyżowania nerwów wzrokowych z jednej strony, a z drugiej ze względu na niewątpliwy związek przyczynowy między akromegalią, a zmianami chorobowemi przysadki mózgowej, wiodącemi zwykle do znacznego jej powiększenia (przerost, zwyrodnienie nowotworowe etc.), zaleca autor w każdym przypadku akromegalii dokładne badanie narządu wzroku, a w szczególności pola widzenia. Ucisk, wywarty przez powiększoną przysadkę mózgową na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, wywołuje w wielu przypadkach akromegalii zwężenie pola widzenia, odpowiadające t. zw. niedowidzeniu połowiczemu skroniowemu obustronnemu (*hemianopsia bitemporalis*), przyczem zachowane są tylko nosowe połowy obu pól widzenia. Ponieważ widzenie naośne bywa przytem częstokroć przez długi czas nienaruszone, przeto chorzy mniej inteligentni wcale się nie skarżą na zaburzenia wzroku. Z czasem dojść może do zupełnego zaniku nerwów wzrokowych i do zupełnej utraty wzroku. Autor opisuje przypadek wybitnej akromegalii, spostrzeganej w paryskiej klinice okulistycznej, w którym wzrok w jednem oku był już prawie zupełnie stracony. Mimo tego powiodło się jeszcze oznaczyć obustronnie zwężenie pola widzenia, przedstawiające niewątpliwie typ połowiczej ślepoty skroniowej. *K. W. Majewski.*

Paschoff. **Przypadek zwapniałego wągra otorbionego w oczodole.** (*Archiv. d'opht.* Nr. 7, 1905). Autor wyłuszczył u 7-letniego chłopca guz, znajdujący się poza gałką oczną prawą w górno-wewnętrznej części oczodołu. Okazało się, że guz, który wedle wywiadów miał powstać w ciągu kilku tygodni wśród objawów zapalnych i wywołać wysadzenie gałki jakoteż upośledzenie wzroku, był torbielą grubościenną, mocno zrośniętą z otoczeniem. Torbiel wypełniona była płynem, zawierającym wiele chlorku sodowego, a prawie zupełnie niezawierającym białka, a oprócz tego zawierała ciało kuliste kredowo-białe, twarde, wielkości przypłaszczonego ziarna grochu. Pomimo odwapnienia nie można było dokładnie określić szczegółów budowy anatomicznej tego kulistego ciała. Autor domyśla się tylko wraz z Setischkroffem, profesorem zoologii w Sofii, że był to zwapniały wągr (*cysticercus cellulosae*). Torbiel, w któ-

rej wągr był zawarty, była widocznie wytworem zapalenia odczynowego wśród tkanki tłuszczowej oczodołu. Wągr, jako ciało obce, drażniące, otorbił się i uległ następnie zwap ieniu. Jeżeli bryłka zwapniała istotnie była wągrem, w takim razie spostrzeżenie autora jest cennym przyczynkiem do kazuistyki wnętrzniaków oczodołu. O ile bowiem wągr pod spojówką lub wewnątrz gałki ocznej (w ciałku szklistem lub pod siatkówką) nie należy w niektórych krajach, np. w Niemczech, do nadzwyczajnych rzadkości, o tyle rzadko znajdowano wągra w jamie oczodołu. Od czasu Graefego, który w r. 1863 opisał pierwszy taki przypadek, opisano tylko 15 spostrzeżeń, z których w dodatku kilka nasuwa podobne wątpliwości, jak i wyżej opisany przypadek. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **Wszczepianie oka króliczego po wyłuszczeniu gałki ocznej do torebki Tenona** (*Archiv. d'opht.* 1905. Nr. 7). Autor od szeregu lat wszczepia po wyłuszczeniu gałki ocznej dla uzyskania lepszego podkładu dla sztucznego oka świeże wyłuszczone oko królicze do torebki Tenona. Takie oko zazwyczaj przyjmuje się i jakkolwiek w ciągu kilku następnych miesięcy cokolwiek się zmniejsza, to jednak stanowi bądźcobądź żywą i ruchomą gałkę, na której osadzone oko sztuczne, może pod względem kosmetycznym daleko lepiej spełniać swe zadanie, niż po zwyczajnem wyłuszczeniu gałki. Ażeby heteroplastyka ta nie skończyła się obumarciem wszczepionego oka zwierzęcego, należy zachować szereg ostrożności. I tak, oko królicze należy wtłoczyć do torebki Tenona, zwrócone rogówką ku oczodołowi, przez co unika się owrzodzeń, jakie często na rogówce powstają z powodu ucisku szwów, łączących, poprzed wszczepioną gałką, parami mięśnie proste. Ponad mięśniami zaszywa się spojówkę. Konieczną jest także rzeczą zatamować krwotok przed włożeniem oka króliczego, albowiem skrzepy krwi, oddzielając ją od odżywiającej sieci naczyniowej, utrudniają jej przygojenie się. Pamiętać wreszcie należy, że heteroplastyka ta nie osiągnie celu tam, gdzie wyłuszczenia gałki dokonano z powodu sprawy ropnej, np. zapalenia całego oka (*panophthalmitis*), skaleczenia, połączonego z ropnem zakażeniem rany, owrzodzeń gruźliczych, ropnych przetok twardówkowych etc. W takich razach torebka Tenona bywa również zakażoną ropnymi mikrobami, nie może zatem stanowić gleby podatnej dla plastyki, która z natury rzeczy udać się może tylko wśród jaknajkorzystniejszych warunków. *K. W. Majewski.*

Bistis. **O urazowem zapadnięciu się gałki ocznej** (*enophthalmus traumaticus*). (*Archiv. d'ophtal.* Nr. 9, 1905). Z powodu przypadku, w którym nieznaczne stłuczenie okolicy nerwu nadoczodołowego wywołało wybitne zapadnięcie się gałki (*enophthalmus*) wypowiada autor swe poglądy na patogenezę tej zmiany. Za urazowe zapadnięcie się gałki ocznej w ścisłem tego słowa znaczeniu uważa autor tylko te przypadki, w których uraz na drodze nerwowej (za pośrednictwem zwoju rzęskowego) wywołuje cofnięcie się gałki ocznej w głąb oczodołu, wyłącza zaś z tego pojęcia przypadki, w których oko zapada się z powodów czysto mechanicznych, np. gdy uraz wywoła złamanie jednej ze ścian oczodołu i powiększy w ten sposób jego pojemność. Urazowe zapadnięcie się gałki ocznej w ściślejszem znaczeniu powstaje, zdaniem autora, zgodnie z przypuszczeniem Schapringera, wskutek porażenia gałązek nerwu współczulnego, zaopatrujących gładkie włókna mięśnia Müllerowskiego. Włókna te przebiegają w więzadłach, łączących torebkę Tenona z przednim brzegiem oczodołu. Gdy więzadła te skutkiem porażenia zawartych w nich włókien mięśniowych utracą swe napięcie, torebka Tenona, a wraz z nią gałka oczna, cofają się w głąb oczodołu. *K. W. Majewski.*

Scrini. **O gruczołach łzowych ruchomych** (*dacryadenoptosis*). (*Archiv. d'ophtal.* Nr. 10, 1905). Na podstawie jednego przypadku, spostrzeganego w paryskiej klinice okulistycznej, i kilku przypadków, poprzednio już ogłoszonych, skreśla autor obraz kliniczny rzadkiej zmiany ocznej, polegającej na samorodnem (nieurazowem) opadnięciu gruczołu łzowego oczodołowego. Gruczoł ten, zazwyczaj w następstwie przebytego zapalenia (*dacryoadenitis*) powiększony i cięższy, niż w stanie prawidłowym, nie może się już pomieścić w swem łożysku kostnem (*fossa lacrymalis*), opuszcza je zatem, obsuwa się ku dołowi i dostaje się pod skórę powieki górnej, która rozciągnięta, ale zresztą niezmieniona, zwisa w postaci worka, przysłaniającego nieraz całą skroniową połowę szpary powiekowej. W worku tym wyczuć można obecność swobodnie ruchomego gruczołu łzowego, połączonego ze swem pierwotnem łożyskiem zapomocą wyciągniętego i zwiotczałego więzadełka Sommeringa i kilku drobniejszych pasemek włóknistych. W przypadku autora obustronne opadnięcie gruczołów łzowych powstało w następstwie ich przewlekłego zapalenia wiewiórowego (*dacryoadenitis gonnorrhoica chronica*). Leczenie tej zmiany może polegać tylko na przyszyciu opadniętego gruczołu do miejsca jego prawidłowego położenia i na pomniejszeniu worka skórnego przez wycięcie odpowiedniego kawałka skóry (*dacryoadenopexia*). *K. W. Majewski.*

Grand-Clemont. **O przemijającem urazowem porażeniu nerwu odwodzącego.** (*Revue gén. d'opht.* 1905, Nr. 11). Autor omawia mechanizm powstania porażeń nerwu odwodzącego przy pęknięciach podstawy czaszki. Jeśli pęknięcie przebiega blisko końca kości skalistej, gdzie między kością, a oponą twardą przebiega nerw odwodzący, wtedy nerw ten może być zupełnie zerwanym lub zmiażdżonym, a następstwem tego jest stałe porażenie mięśnia prostego zewnętrznego po odpowiedniej stronie i trwały zez porażny zbieżny z dwuwidzeniem poziomem równoimiennem. W takich jednak przypadkach, w których porażenie z czasem ustępuje, przyjąć należy krwotok z zatoki skalistej (*sinus petrosus*), skąd krew wylana dostawszy się do ciasnych przestrzeni między kością skalistą, a oponą twardą, którędy to przebiega nerw odwodzący, wywołuje przez ucisk porażenie tego nerwu, lub przynajmniej jego niedowład. W miarę jednak, jak krew ulega wessaniu, powraca przewodnictwo nerwowe i zez porażny ustępuje. Autor opisuje taki przypadek przemijającego porażenia nerwu odwodzącego u pewnego górnika, który doznał zgniecenia czaszki między dwoma wózkami, naładowanymi węglem. Równoczesne, również przemijające porażenie nerwu twarzowego po tej stronie, gdzie była ugnieciona okolica wyrostka sutkowego, tłomaczy autor również krwotokiem z pękniętej tętnicy rylcowosutkowej (*art. stylomastoidea*). *K. W. Majewski.*

Darier. **Doraźne przerwanie choroby w przypadku** *blennorrhoea adultorum*. (*Opth. Klinik* 1905, Nr. 22). W pewnym przypadku ciężkiego wiewiórowego zapalenia spojówek, w którym rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem bakteryologicznem, zdołał autor w ciągu kilku dni stłumić ostrą sprawę zapalną, usunąć obfitą wydzielinę ropną i ocalić rogówkę zapomocą leczenia, polegającego na zapuszczaniu 5 prc. argyrolu dniem i nocą co pół godziny, zawsze po poprzedniem wypłukaniu worka spojówkowego rozczynem nadmanganianu potasowego. Prócz tego stosował autor dwa razy dziennie na oko chore t. zw. kąpiel argyrolową. Polega ona na wlaniu do worka spojówkowego przy silnie rozchylonych, ale nie odwróconych powiekach i mocno w tył pochylonej głowie 25 prc. rozczynu argyrolu. Autor zaleca gorąco argyrol, jako środek wnikający w głąb chorej spojówki i usuwający wydzielinę, a zupełnie nie drażniący i nie sprawiający bólu, oraz wcale nie szkodliwy dla rogówki. Wobec tych zalet powinien argyrol, zdaniem autora, wyrugować z użycia azotan srebra, przynajmniej w przypadkach ślnzoropotoku spojówek tak u noworodków, jak i u dorosłych. *K. W. Majewski.*

R. Jocqs. **Przypadek ropnego zapalenia woreczka łzowego po operacyi ropniaka jamy szczękowej.** (*Opth. Klinik* 1905, Nr. 21). Coraz bardziej mnożą się spostrzeżenia powikłań w obrębie przewodu nosowołzowego po doszczętnej operacyi ropniaka jamy szczękowej sposobem Caldwell-Luca. Do dwóch spostrzeżeń, opisanych przez Leblonda, dodaje autor nowe, gdzie już w cztery dni po operacyi, wykonanej w jamie Highmora, zgłosiła się operowana z ropieniem woreczka łzowego. W przypadku tym obeszło się wprawdzie bez wyłuszczania woreczka łzowego, bo sprawa była świeża, a wystarczyło przywrócić drożność przewodu zapomocą zgłębnika i kilku przestrzykiwań woreczka łzowego, by usunąć cierpienie. Ze względu, że ropne zapalenie przewodu nosowołzowego grozi wielkiem niebezpieczeństwem dla rogówki, na której z łatwością może wtedy powstać wrzód, przeto jest rzeczą konieczną zmienić postępowanie operacyjne przy sposobie Caldwell-Luca tak, aby dolne ujście przewodu nosowołzowego uchronić przy niej od uszkodzenia, albo też ten sposób operacyjny zupełnie zarzucić. *K. W. Majewski.*

L. Dor. **W jaki sposób ochraniać oko przed promieniami pozafiołkowymi.** (*Revue gén. d'opht.* 1905, 10). Dostatecznie już dowiedziono, że pozafiołkowe promienie światła słonecznego wywierają na oko wpływ szkodliwy. Po dłuższem ich działaniu powstają zmiany na rogówce, opisano już także zaburzenia w siatkówce, a najwięcej cierpi przeźroczystość soczewki, która chłonie znaczną część tych promieni i chroni w ten sposób własnym niejako kosztem głębsze części oka. Głębsze części oka są zatem najbardziej narażone na szkodliwy wpływ promieni pozafiołkowych w oczach pozbawionych soczewki, n. p. po operacyi zaćmy. Niektórzy znów autorowie przypisują działaniu promieni pozafiołkowych ważne znaczenie w patogenezie zaćmy. Jako środek ochronny zaleca autor noszenie okularów ze szkła żółto zabarwionego, przekonał się bowiem zapomocą szeregu doświadczeń porównawczych, że takie szkło najbardziej pochłania pozafiołkową część widma. Niełatwo przyjdzie zapewne wyrugować rozpowszechnione dziś bardzo

konserwy niebieskie i dymne, ale dążyć należy koniecznie, by zamiast nich używano okularów ze szkła żółtego, które jedynie odpowiadają celowi. *K. W. Majewski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. A. Neisser, Baermann i Halberstädter. **Próby przeniesienia kiły na małpy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 1, 2, 3). Już w roku 1903/4, zaraz po ogłoszeniu przez Miecznikowa dodatnich wyników szczepienia kiły na małpy, przedsiębrał Neisser próby w tym kierunku, przekonał się jednak wkrótce, że w Europie nie można dokonać doświadczeń na większym materyale. Zorganizował więc wyprawę na Jawę i tam dokonał całego szeregu badań na bardzo wielkiej liczbie (do 900 sztuk) małp różnego gatunku. — Przedewszystkiem stwierdza N. znany już dawniej fakt, że jad kiłowy daje się przeszczepić na małpy różnego gatunku i wywołuje u nich po 15—65 dniach (146 przyp.), najczęściej zaś po 3—5 tygodniach wyraźny naciek pierwotny o znanych znamionach. Szczepić jednak trzeba w ten sposób, że robi się dość głębokie nacięcia, w które wciera się wyciętą tkankę kiłową lub wydzielinę. Powstałe nacieki były mniej lub więcej typowe, jedne suche, inne łuszczące się, wreszcie rzadziej owrzodziałe, postać jednak nie zależała od gatunku użytej do doświadczenia małpy. — Materyał, używany do szczepienia, pochodził z wrzodów pierwotnych, kłykcin sączących, guzków i obwodowych części gruczołów chłonnych. Zmiany po szczepieniu następowały tem szybciej i pewniej, im kiła była wybitniej rozwinięta. Szczepienia z zagojonych wrzodów kiłowych i ze krwi w okresie wybuchu kiły nie dawały wyniku. Dwa razy powstał znamienny naciek po szczepieniu cząstek ściany kilaka, brakło jednak dokładnych wiadomości, w jaki czas po zakażeniu kilaki u chorych powstały. Z narządów wewnętrznych szczepionych małp okazały się rdzeń, wątroba, płuca, nerki, mięśnie i nadnercze niezakaźne, przeciwnie zaś śledziona, szpik kostny, gruczoły i jądra. — Dalej przekonano się, że małpy wyższego rzędu są czulsze na jad kiłowy, niż niższych gatunków, co do miejsca zaś najwrażliwsze są powieki i części płciowe małp niższych. Próbowano uczynić wrażliwszemi inne miejsca skóry (brzuch, piersi) przez wywołanie na nich innych chorób, jednak bez skutku. Szczepienia równoczesne jadu kiłowego i ospy dawały wynik ujemny co do kiły; szczepiona później wywoływała kiła znamienny naciek. — N. potwierdza również szczegół, znany już z badań innych autorów, że u małp niższych nie było zmian ogólnych. U orangutanów również nie spostrzegano zmian w skórze; u tego gatunku małp spostrzegano często zmniejszenie łaknienia, osłabienie ogólne, wychudzenie, ale równocześnie i objawy czerwonki, na którą ten gatunek małp łatwo w niewoli zapada. Powiększenie gruczołów chłonnych obok wrzodu pierwotnego stwierdzano także tylko u małp wyższych, u niższych wymacać gruczoły było bardzo trudno, ale szczepienia z gruczołów dawały wynik dodatni. Wyraźne objawy wtórorzędne stwierdzono u gibbonów; wysypki guzkowe na twarzy, brzuchu, pośladkach, dłoniach i błonach śluzowych. U małp niższego rzędu pojawiały się wyjątkowo guzki na twarzy, nie wywołując jednak zmian po przeszczepieniu. Często jednak pojawiały się u tych małp wykwity w otoczeniu zmiany pierwotnej i miejscowe nawroty już po zagojeniu się wrzodu, których N. nie uważał za powtórne zakażenie (*reinfectio*), gdyż u żadnej małpy takiego zakażenia powtórnego nie zdołał wywołać. Szczepienia z tych zmian wywołały kiłę. Z tych spostrzeżeń wysnuwa N. wniosek, że nie można oddzielać wyraźnie kiły małp wyższych od kiły małp niższych, chociaż bowiem zmiany drugorzędne są u pierwszych wyraźniejsze, niż u drugich, to jednak i u niższych spostrzegano często nawroty miejscowe, a brak zmian ogólnych nie dowodzi jeszcze wygaśnięcia jadu w ustroju. Można zatem stwierdzić tylko, że wyższe małpy są na jad kiłowy wyraźnie wrażliwsze. Ważnym jest szczegół, że szczepienia podskórne jadu kiłowego nie wywołały choroby, ani odporności na jad, gdy natomiast późniejsze szczepienia w skórę dawały wynik dodatni, a szczepienia z zakażonych podskórnie zwierząt na inne zwierzęta, nawet cząstkami narządów wewnętrznych, były zawsze ujemne. W dalszym ciągu rozstrząsa N. sprawę odporności zakażonego kiłą ustroju na szczepienia jadem świeżym. Nie może być mowy o odporności całej skóry, gdyż występują nawroty w skórze, a szczepieniem świeżego jadu wywołać można zmiany podobne, nigdy jednak zmiany pierwotnej. Przypuszczaćby można zatem z Ehrlichem, że pasorzyty, istniejące w ustroju, przyzwyczajają się do niewczników przez siebie wytworzonych, ulegają zaś świeżo wytworzonym przez inne pasorzyty. Ale w takim razie pasorzyty, istniejące w ustroju, powinnyby wywołać zmianę pierwotną, a tak nie jest. Przyjąćby zatem trzeba zmienione oddziaływanie tkanek, przestrój tkanek (*Umstimmung*). Najbliższem prawdy byłoby przypuszczenie, że istnieją okresy choroby, w których istnieje odporność, i naprzemian inne, w których jej niema. Jak długo odporność istnieje, pasorzyty nie mogą się rozwijać, a gdy odporność ustępuje, rozmnażają się i wywołują nawrót choroby. Można było zatem w okresach nawrotów szczepić jad podskórnie, co jednak odporności nie sprowadzało, a obojętne dla zwierząt nie było, gdyż sprowadzało wychudzenie i charłactwo. Próby zachowania jadu żywego nie dały wyników dodatnich, czyto bowiem zmieszany z gliceryną, czy zatopiony w rurkach szklanych, czy pod chloroformem, czy pod parafiną, zawsze materyał taki tracił już po paru godzinach swą jadowitość. Wycięcie miejsca zakażonego w 8 godzin po szczepieniu nie odniosło skutku, gdyż w bliźnie wytworzył się wrzód pierwotny. Co do powstawania i trwania odporności, to szczepienia powtórne dowiodły, że niema żadnych prawideł co do tego, kiedy występuje ogólna odporność skóry. Co do uogólnienia się jadu zaś stwierdzono, że już w 54 dni po zakażeniu jad był w całym ustroju, bo szczepienie w tym czasie czyto drugiej powieki, czy miejsc odleglejszych (części płciowych) było bezskuteczne. Rtęć nie hamowała rozwoju wrzodu pierwotnego, ani nie zapobiegała uogólnieniu się jadu; śledziona i szpik kostny zwierząt, leczonych rtęcią, szczepione w 99 dni po zakażeniu, wywoływały znamienne dla kiły zmiany.

Właściwym celem pracy N. było wynalezienie sposobu uodpornienia ustroju na jad kiłowy. Można działać w tym celu w dwóch kierunkach; 1. tak, aby ustrój był odpornym na zakażenie, 2. aby ustrój zakażony uchronić przed uogólnieniem jadu i przed powstawaniem nawrotów. Przy uodpornianiu biernem możemy myśleć o niwecznikach, tworzących się w osoczu krwi lub w pewnych narządach, przyczem może wchodzić w grę 1. użycie żywych, ale osłabionych pasorzytów; osłabienie zaś uzyskać można: *a)* przez przeprowadzenie jadu przez odpowiednie zwierzę, *b)* przez chemiczne, mechaniczne i t. p. działanie. 2. Użycie chemicznie trujących substancyi: *a)* podanie obumarłych pasorzytów, *b)* wstrzykiwanie produktów, wytworzonych przez żyjące pasorzyty poza ustrojem zwierzęcym, *c)* przez użycie wyciągów z ciał pasorzytów. Próby uodpornienia biernego przez wstrzykiwanie surowicy chorych na kiłę, czyto ludzi, czy zwierząt, zupełnie zawiodły. Surowica nie wywoływała choroby, ani uodpornienia. Również wstrzykiwanie narządów wewnętrznych zwierząt, kiłą zakażonych, nie wytwarzało odporności. Są to wszystko jednak, jak dotąd, przeważnie nieudałe próby, bo przedewszystkiem zbadaćby trzeba, u których zwierząt i w jakich warunkach powstaje miejscowa, u jakich ogólna kiła, czy i dokąd jad się rozszerza w ustroju, do jakiego czasu uogólnienia jadu niema i jak długo uogólniony jad może zakażać? Odpowiedź na te pytania jest jeszcze ważniejsza dla sprawy uodpornienia czynnego, a badania kliniczne, jak dotąd, stanowczej odpowiedzi tutaj nie dają. Odporność ustroju na powtórne zakażenie jadem kiłowym nie jest jeszcze stanowczo udowodniona. Ale podobnież nie można dotąd nic stanowczego powiedzieć o zachowaniu się pod tym względem zwierząt, t. j. małp, u których chorobę wywołano.

O znaczeniu kretka bladego Schaudinna (*spirochaete pallida*) wyraża się Neisser nie całkiem stanowczo, ale jego znaczenie etyologiczne w kile uważa za bardzo prawdopodobne. *Krzyształowicz.*

T. Schultz. **O wiewiórowem zapaleniu naczyń chłonnych prącia z przerzutami, a bez wiewióra cewki moczowej.** (*Deut. med. Wochs.* Nr. 1, 1906). Bardzo mało opisano dotąd przypadków, któreby wskazywały na podobną możliwość pierwotnego zakażenia naczyń chłonnych. Przypadek, opisany przez autora, dotyczył chorego, leczonego w klinice Jadassohna. Chory ten na wiewióra nigdy nie cierpiał. Objawy podmiotowe ograniczały się tylko do bólów w okolicy spojenia łonowego, wzmagających się przy chodzeniu lub siedzeniu. Przy oddawaniu moczu chory nie doznawał żadnych dolegliwości. Przy badaniu znaleziono podłużny guz, usadowiony wzdłuż naczyń chłonnych przy nasadzie prącia. Guz ten, długości $1^1/_2$ ctm., nadzwyczaj bolesny przy dotykaniu, nie pozostawał w związku ze skórą. Wydzieliny z cewki moczowej zupełnie brak, mocz, oprócz kilku nitek, w których przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono dwoinek wiewiórowych, zresztą zupełnie prawidłowy. Po kilku dniach pobytu chorego w klinice pojawił się lekki obrzęk w okolicy mięśnia łopatkowego prawego. W dalszym przebiegu choroby powstał rozlany obrzęk grzbietu stopy prawej bez zajęcia stawu skokowego i obrzęk przy nasadzie średniego palca ręki prawej. W tem miejscu następnie wytworzył się ropień, inne nacieki natomiast pod wpływem leczenia zwolna się wessały. Zapomocą nakłucia wydobyto z ropnia treść brudnokrwawą, z której wyhodowano na agarze z surowicą liczne czyste hodowle dwoinek wiewiórowych. Zastanawiając się nad miejscem wyjścia zakażenia, przyjmuje autor, że zakażenie nastąpiło bezpośrednio przez naczynia chłonne skóry prącia. *Słopczański.*

Vieth i Ehrman. **Badania i spostrzeżenia nad środkami balsamicznymi.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Chociaż środki balsamiczne w leczeniu wiewióra oddawna były

w użyciu, to jednak pod względem sposobu działania niedostatecznie dotąd były zbadane. Na podstawie swoich licznych doświadczeń i badań nad wszystkimi prawie środkami, dawniej i obecnie używanymi do leczenia wiewióra, podaje V. podział tych środków na cztery grupy, a mianowicie na: 1) terpeny, 2) wyskoki terpenowe, 3) kwasy żywiczne, 4) reseny, obojętne estry. W pierwszej grupie mieszczą się te środki, które przy zewnętrznem użyciu wywołują podrażnienie, zaczerwienienie skóry, jak n. p. olejek terpentynowy, olejki kopaiwiane z rozmaitych gatunków balsamu kopaiwianego. Wewnętrznie podane działają te środki moczopędnie i drażnią nerki. Druga grupa obejmuje te środki, które tylko przy dłuższem działaniu słabo podrażniają skórę, wewnętrznie użyte wywołują zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Do tej grupy należą: santalol, otrzymany ze wschod.-ind. olejku sandałowego, amyrol z zach.-ind. olejku sandałowego i credol z olejku cedrowego. Środki trzeciej grupy miejscowo nie drażnią, użyte wewnętrznie zmieniają się w alkalicznym soku jelit na mydła i jako takie wywołują biegunkę. Do nich należą kwasy żywiczne kopaiwiane, żywica sosnowa i inne. W ostatniej grupie mieszczą się środki, które nie mając przykrego smaku, ani zapachu, podane wewnętrznie nawet w dużych dawkach nie wywołują żadnego podrażnienia. Obok gonosanu, gonorolu i innych należy do tej grupy ester salicylowy olejku sandałowego, t. zw. santyl. Lek ten podawali V. i E. u czterdziestu chorych po 30 kropli trzy razy dziennie. Podając ten środek nawet przez czas dłuższy nie zauważono najmniejszych nawet dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego u żadnego z chorych. A nawet u tych chorych, u których gonosan wywoływał odbijania i nudności, po podaniu santylu, nawet przed jedzeniem, objawy te nie następowały. Porównując te środki pod względem działania na nerki, przekonano się, że gonosan i olejek sandałowy wywołują bole w krzyżach i białkomocz, czego nigdy przy używaniu santylu nie zauważono. Pod względem wyników leczniczych działa santyl wogóle prawie tak samo, jak czysty olejek sandałowy, gonorol i gonosan. Palenie i pieczenie przy oddawaniu moczu zmniejsza się, bolesne wzwody prącia ustępują, a mocz szybko się wyjaśnia. Chociaż często zapomocą santylu można uzyskać polepszenie nawet w tych przypadkach, w których inne środki balsamiczne nie działały, to jednak podając sam tylko santyl bez leczenia miejscowego nie można się spodziewać zupełnego wyleczenia wiewióra. Ze względu atoli na swoje własności powinienby santyl zdaniem autorów zająć pierwsze miejsce między środkami, podawanymi wewnętrznie celem leczenia wiewióra. *Stopczański.*

J. Siegel. **Dalsze badania nad etyologią kiły.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, 2). W poprzednich pracach opisywał autor znalezione przez siebie we krwi kiłowych twory, które nazwał: *cytorrhyctes luis*. Obecnie zwraca uwagę na ich znamiona, po których można je rozpoznać we krwi niebarwionej: silny połysk, wyraźny podział jądra, jasna otoczka, a nierzadko i wyraźne witki. Twory te barwią się łatwo wszystkimi barwikami, używanymi dla barwienia bakteryi, obok tego zaś hematoksyliną, karminem ałunowym i błękitem metyl. boraksowym. Poprzednie doświadczenia na królikach powtarzał autor na białych myszach, wstrzykując im podskórnie ciecz ze zmian kiłowych, i już po tygodniu znajdował pasorzyty we krwi z ogona. Zauważa przytem, że zwierzęta, szczepione dużą ilością cieczy lub tkanki kiłowej, ginęły wkrótce, natomiast małą ilość materyału zakaźnego zwierzęta znosiły, a wtedy w 7—8 miesięcy po zakażeniu rozwijały się guzki i owrzodzenia na głowie i kończynach. Raz znalazł autor w wątrobie rozmiękłe ogniska, podobne do kilaków. W miejscu szczepienia jednak nie powstawała zmiana pierwotna, a dwa razy tylko wytworzyły się wrzodziejące guzy. U małp pojawiał się w 5—7 miesięcy po szczepieniu obrzęk skóry, głównie twarzy i worka mosznowego obok guzków. S. zwraca dalej uwagę, że wysypki u małp są znacznie wybitniejsze, jeżeli się trzyma małpy w ciepłocie 40° C. Wstrzykiwania sublimatu skracały przebieg zakażenia i zapobiegały nawrotom, które autor często u zwierząt spostrzegał. Prof. Ficker próbował uzyskać hodowle krętka bladego, wkładając wycięty bezgnilnie naciek pierwotny do bulionu z krwią ludzką lub surowicą, w którym spostrzegał po pewnym czasie twory ruchome, ale nie wykrywał żadnych bakteryi. Autor uważał te żyjące pasorzyty za opisany przez siebie *cytorrhyctes*. Podobnie Jancke przenosił do bulionu z krwią krople krwi z kiłowego łożyska i otrzymał hodowlę, nie dającą się przeszczepić na żadną ze znanych pożywek, używanych dla hodowania bakteryi, ale utrzymującą się w stanie żywym nawet przy czterokrotnem przeszczepieniu, przyczem ilość pasorzytów miała się zwiększać. Hodowla, przeszczepiona w skórę małpy (*macacus rhesus*), wywołała objawy kiły na rękach (łuszczyca dłoni i obrzęk gruczołów).

Krzyształowicz.

HIGIENA. Hoffmann. **Zarazek tężca w kale zwierzęcym.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 24). Obecność zarazka tężcowego w ziemi ogrodowej nasuwała oddawna na myśl, że jednem z jego źródeł może być kał ludzki i zwierzęcy. Niezupełnie pewne wyniki poszukiwań dawniejszych starał się H. wyjaśnić nowemi badaniami, do których używał świeżego kału, czysto uchwyconego i hodowli z niego, sączonych przez filtr Berkefelda, zastrzykując je myszom. Na 22 doświadczeń tylko jedno stwierdziło obecność tężca i to przy użyciu sączonej 6-dniowej beztlenowej hodowli; zarazek tężcowy w kale zwierzęcym nie często przeto gości. *L. Bier.*

Esmarch. **Urządzenia ochronne przeciw wdychiwaniu zarazków chorobowych.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 22). Coraz częściej zalecane nowe maski i inne przyrządy celem ochrony przed wdychaniem zarazków, celem ochrony przed zakażeniem, poddał E. ścisłym badaniom. Wynik ich wypadł wogóle niekorzystnie. Żaden ze sztucznych i złożonych przyrządów nie chroni przed zakażeniem, natomiast prosty sposób, polegający na dokładnem i silnem uciśnięciu chusteczką lub watą ust i nosa, znacznie lepiej i pewniej działa. Jeżeli wypadnie dłużej stykać się z chorym i ręce są przytem zajęte, to zamiast posługiwać się przyrządami, lepiej dokładnie zatkać dziurki nosowe, na brzegu natłuszczone, watą i unikać oddechów ustami. *L. Bier.*

Bonhoff. **Tożsamość Löfflerowskiego zarazka duru mysiego z *b. paratyphi* typu B.** (*Arch. f. Hygiene* T. 50, 1905, str. 222). Wśród osób, zajętych niszczeniem myszy polnych zapomocą zarazka Löfflerowskiego, zauważono objawy poważniejszych i dłuższych zaburzeń jelitowych. W 2 takich przypadkach dostrzegł Trommdorf w kale bakterye, odpowiadające własnościami biologicznemi i aglutynacyą zarazkowi Löfflera. Dawniejsze spostrzeżenia B. nad zarazkiem Löfflera i *b. paratyphi* typu B. (Knoth-Schottmüllera) pod względem biologicznym i aglutynacyi przemawiały za wielkiem ich wzajemnem podobieństwem. Ponowne badania doprowadziły B. do wniosku, że ani zachowanie się morfologiczne, ani biologiczne, ani też zachowanie się zakażanych zwierząt nie pozwalają rozróżnić tych 2 gatunków. Ten sam wynik dały również badania co do aglutynacyi, jak niemniej i doświadczenia Pfeifferowskie na świnkach morskich. Zarazek Gaertnerowski *b. enteritidis* zachowaniem się morfo-biologicznem i aglutynacyą niewiele się różnił od obu tamtych gatunków bakteryi. Na podstawie swych badań sądzi B., że *b. paratyphi* typu A. jest więcej pokrewnym zarazkowi tyfusu Gaffkyego, aniżeli typowi B., nie można natomiast dotychczas rozstrzygnąć, czy ten zarazek jest identyczny z zarazkiem Löfflerowskim i *b. enteritidis*, i należy zaliczyć je do wspólnej grupy. Nazwę *b. paratyphi* należy zachować dla typu A, drugą odmianę tego zarazka lepiej określić mianem grupy *b. enteritidis Gaertner*.

L. Bier.

Flügge. **Badania nad higienicznem znaczeniem niektórych czynników klimatycznych, szczególnie zaś wiatru.** (*Festschr. z. 60. Geburtstag Rob. Koch's*, 1905, str. 639). Dla oceny wpływu stanu pogody i wogóle klimatu na powstawanie niektórych chorób nie dają dostatecznie jasnego obrazu i nie mają prawie żadnej wartości praktycznej, używane dotychczas zestawienia poszczególnych czynników, składających się na pogodę i klimat, z liczbą równocześnie pojawiających się chorób nieżytowych i t. d. Istotną wartość, przedewszystkiem ze względu na utratę ciepła z ustroju, miałoby „ujęcie poszczególnych czynników, składających się na ciepło powietrza, w jeden wspólny wyraz, któryby odpowiadał uczuciu ciepła w ciele ludzkiem. Jeżeli uda się znaleźć taki wyraz, będzie można podać dla każdej chwili liczbę, która odpowiada równoczesnemu działaniu wszystkich czynników klimatycznych, składających się na uczucie ciepła; średnia z tych liczb odpowiadałaby średnim stosunkom klimatycznym pewnego miejsca o tyle i w takim stopniu, o ile wpływają one na wrażenia ciepła w ciele ludzkiem". Podana przez Vincenta *température climatologique*, obliczana według empirycznego wzoru, nie uwzględnia dostatecznie wiatru i stopnia wilgoci w powietrzu, nie może też być owym poszukiwanym wyrazem. Dla osiągnięcia odpowiedniej formuły potrzeba metodycznych badań nad wpływem działania poszczególnych czynników klimatycznych na uczucie ciepła. Jako początek wyników swej pracy w tym kierunku podaje F. dane o działaniu ciepłoty powietrza i wiatru. Wpływ wiatru na oziębienie przedmiotów martwych da się wyrazić ogólnym wzorem $Ww = C.\ \tau.\ T.\ \sqrt{v}$, t. zn., że utrata ciepła z ogrzanego przedmiotu, spowodowana powietrzem ruchomem, pozostaje w prostym stosunku do iloczynu z pewnej stałej (C), z czasu trwającego oziębienia (τ), z różnicy między ciepłotą ciała i powietrza (T) i drugiego pierwiastka z szybkości ruchu powietrza ($\sqrt{v}$). Czy ustrój ludzki traci pod wpływem wiatru ciepło w ten sam sposób, nie zdołał F. rozstrzygnąć z powodu kolosalnych trudności technicznych takich badań. Dotychczasowe jednak badania

zdają się przemawiać za tem, że i u człowieka wzór ten się sprawdza. Równoczesne działanie powietrza o różnej ciepłocie i sile ruchu na przedmioty martwe o jednostajnej ciepłocie dało wzór $\delta = C (t^{\circ}-t)$. $\sqrt{v}$, w którym C oznacza stałą liczbę, t° ciepłotę przedmiotu, t ciepłotę powietrza, v jego szybkość. Z tablicy otrzymanej przy użyciu tego wzoru przekonać się można, że n. p. utrata ciepła z ciała przy: 25° C. w powietrzu i 11 m. sek. wietrze = 13° C. i sile wiatru 1 m. na sekundę; przy 15° C. w powietrzu i 5 m. na sek. wietrze = 35° C. i sile wiatru 1 m. na sekundę i t. d. *L. Bier.*

Heymann. **Statystyczne i etnograficzne przyczynki do kwestyi związku między żywieniem osesków a nabywaniem gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, 1905, Bd. 48). Wobec twierdzenia Behringa, że mleko krowie, podawane oseskom, jest głównem źródłem gruźlicy u ludzi, zaznaczył Flügge już na innem miejscu, że w krajach i okolicach, w których brak mleka krowiego, albo tam, gdzie nie używa się go do żywienia dzieci na szerszą skalę, gruźlica znacznie mniej powinna być rozpowszechnioną, aniżeli w krajach, w których żywienie mlekiem krowiem jest na porządku dziennym. H. dostarcza w pracy niniejszej część zapowiedzianych wówczas dowodów. Według wiadomości z Japonii nie znano w tym kraju prawie przez wieki mleka krowiego; znalazło ono wstęp dopiero wraz z otwarciem kraju dla cudzoziemców (1867). Ludność ogółem używa dotychczas bardzo mało mleka krowiego; karmienie dzieci piersią trwa tam natomiast 2 do 3 lat. Według zasad Behringa gruźlica nie powinna przeto być znaną wśród Japończyków powyżej 25 roku życia, zaś wśród młodszych mało rozpowszechnioną. W rzeczywistości jest jednak gruźlica płucna w Japonii wcale nierzadką, a śmiertelność z niej wynosiła w latach 1891—5 na milion ludności 1354 (na 10,000 zmarłych 648), w Tokio nawet 3973 przypadków śmierci (na 10,0 zmarłych 17,4 prc.). Na podstawie relacyi prof. Riedera-Paszy żywienie niemowląt odbywa się w Turcyi prawie wyłącznie piersią matki lub mamki. Zakażenie gruźlicą bydlęcą w wieku niemowlęctwa jest przeto w szerokich warstwach ludności Konstantynopola prawie wykluczonem. Mimoto spotyka się z gruźlicą wśród ludności w całym kraju wcale często, w Konstantynopolu zaś jest ona bardzo rozpowszechnioną. Również w Grenlandyi, jak donosi prof. Langmann i wynika z publikacyi Nansena karmi się dzieci wyłącznie piersią często aż do 3. i 4. roku życia. Dziecko, które straciło matkę, wyrzuca się tam w miejsce odludne lub do morza, jeżeli inna kobieta nie chce mu być mamką. Mimoto wśród ludności Grenlandyi gruźlica jest „niepokojąco" rozpowszechnioną, a tłomaczyć to należy nader niekorzystnymi warunkami w urządzeniu mieszkań, nadto brudem. Z zestawień śmiertelności na gruźlicę innych krajów, powiatów i miast i ze stosunku dzieci karmionych piersią do żywionych mlekiem krowiem wynika również ten sam fakt, że mleko krowie, jako pożywienie dla osesków, tylko nieznacznie wpływać musi na powstawanie gruźlicy. W Berlinie wzmogło się znacznie sztuczne żywienie osesków od połowy wieku 19-go. W r. 1885. stosunek dzieci żywionych piersią do żywionych mlekiem krowiem wynosił 55,2 prc. do 33,9 prc.; w r. 1900. 31,4 prc. do 54,8 prc. Natomiast spadła śmiertelność w r. 1885. z gruźlicy w tem mieście z 31,69 na 10,000 ludności w roku 1900. na 23,61 zaś w r. 1902. na 21,4. Porównanie śmiertelności z gruźlicy płucnej Berlin ze śmiertelnością miast Szwecyi i Norwegii, gdzie karmienie piersią należy do reguły, dowodzi w nich śmiertelności znacznie wyższej, niż w Berlinie. Brak związku między śmiertelnością z gruźlicy płucnej a karmieniem sztucznem po myśli Behringa uwydatnia się nadto szczególnie w Czechach i Pradze, gdzie przy znacznej śmiertelności z suchot płucnych żywienie osesków odbywa się jeszcze przeważnie piersią. *L. Bier.*

Speck. **Czy istnieje związek między żywieniem osesków a nabyciem gruźlicy.** (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1905, Bd. 48). Z polecenia Flüggego zasięgnął S. wiadomości w 72 sanatoryach gruźliczych co do 4467, a u wolno-praktykujących lekarzy co do 259 suchotników, jakiem mlekiem (macierzyńskiem czy krowiem) karmiono ich w pierwszych 3 miesiącach życia. Zestawienie wywiadów wykazało, że w 77 wzgl. 70 prc. przypadków karmienie odbywało się piersią. Przybliżone liczby podają również inni autorowie (Jacob i Pannwitz 67 prc., Schroeder 77 prc., Servaes 64 prc.). Fakt powyższy, że przeszło $^2/_3$ suchotników nieotrzymywało w pierwszym okresie swego niemowlęctwa mleka krowiego, przemawia zatem przeciw twierdzeniu Behringa, jakoby żywienie osesków mlekiem krowiem było głównem źródłem gruźlicy u ludzi. *L. Bier.*

König. **Wyzyskanie w przewodzie pokarmowym ludzkim pokarmu, zawierającego wiele ciał białkowych i tłuszczu, oraz pokarmu, zawierającego mało tych ciał.** (*Zeitschrift für Unters. der Nahr.- und Genussmittel* 1904, Nr. 7). Autor wykonał 2 szeregi doświadczeń z wynikiem następującym:

1. Doświadczenia nad wyzyskaniem pokarmu obfitującego w białko i tłuszcz (wykonano wspólnie z Reinhardtem). Dwu zdrowych mężczyzn (63 i 94,5 klgr. wagi) karmiono pokarmem roślinnym, złożonym z grochu zielonego i dojrzałego, czerwonej kapusty, fasolki szparagowej, ciemnego chleba żytniego i razowego pszennego, dodając do tego dostateczną ilość mięsa w postaci szynki gotowanej lub surowej, albo kiełbasy. Osoby te otrzymywały nadto dziennie 1,5 l. piwa, $^3/_4$ l. kawy z mlekiem, 8,7 grm. kołaczyków Leibnitza, lub 134,1 grm. sucharów. Z zawartej w kale tych osób ilości azotu pochodziło $^1/_4$—$^1/_3$ z fizyologicznych wydzielin przewodu pokarmowego. Przyjmując, że azot w kawie mlecznej wyzyskały te osoby całkowicie, w pokarmie mięsnym aż do 3 prc., w kołaczykach i sucharach nie wyzyskały 19 prc., dochodzi K. na podstawie rachunku do wniosku, że zawartego w pokarmach roślinnych azotu nie wyzyskano w ilościach następujących: w groszku zielonym w 21,12 prc., w grochu dojrzałym 23,65 prc., w kapuście czerwonej 70,0 prc., w fasoli zielonej w 61,54 prc., w chlebie żytnim i ciemnym w 32,32 prc., w chlebie pszennym razowym 9,84 prc. Drzewnik w postaci, uboższej w węgiel (celluloza), trawi się w przewodzie pokarmowym, zawierająca zaś wiele węgla lignina nie podlega zmianom pod wpływem soków trawiennych.

2. Doświadczenia nad wyzyskaniem pokarmu, zawierającego mało białka i tłuszczu (wykonane wspólnie z Pollitzem i Rombergiem). Doświadczenia wykonano u 3 robotników ślusarskich (aresztantów), zajętych pracą dosyć ciężką, karmiąc ich strawą aresztancką w ilościach przepisanych, w której skład wchodzą codzienie $^1/_2$ litra mleka i 550 grm. chleba. Średni stopień wyzyskania tego pokarmu, obliczany na 1 dzień (z okresu 8 dniowego) uwydatnia następujące zestawienie:

	W pokarmie dziennym	wyzyskano
	3229	—
suchej pozostałości	663,76	92,08
ciał organicznych	622,31	92,51
azotu w całości	14,34	80,47
azotu białkowego	12,65	82,06
tłuszczu	45,31	90,73
ciał wyciągowych i nie azotowych	427,36	98,34
pentosan	41,16	81,31
drzewnika	18,81	45,98
popiołu	41,47	85,55
	gramów	wzgl. prc.

Azot przyswajały badane osoby dziennie średnio w ilości 1,43 grm., mimoto waga ciała nie zmieniła się, co König przypisuje znacznej utracie wody. Na podstawie takiego wyniku doświadczeń przyjmuje K., że wyzyskanie pokarmu u osób badanych było dobrem, a zawarta w pokarmie ilość ciał azotowych wystarczającą do odżywienia. Uwagi godnem jest spostrzeżenie, że rozmaity stopień wyzyskania tłuszczu w poszczególnych dniach szedł równolegle z ilością jego w pokarmie, wzmagał się wraz z zwiększoną ilością, a opadał przy zmniejszeniu tłuszczu.

Ciekawy pogląd na wartość kaloryczną (średnią dzienną) tych sposobów żywienia daje porównanie ich w tym kierunku:

		Kaloryi na 1 kg. wagi ciała	Stos. pokar. azot. do nieazot. jak 1 do
Osoba ważąca 94,5 kg	spożyła	38,89	4,1
	wyzyskała	37,86	4,4
„ „ 63,0 „	spożyła	37,62	4,0
	wyzyskała	35,7	4,3
Aresztanci, średnia waga 64,7 kg.	spożyli	43,33	6,5
	wyzyskali	39,73	7,7

Jak z tego wynika, wyzyskuje się większą ilość kaloryi z pokarmu aresztanckiego, nie obfitującego w białka i tłuszcz, aniżeli z pokarmu obfitującego w nie; należy jednak zaznaczyć, że wyzyskanie trudno strawnego pożywienia aresztanckiego wymaga więcej energii, aniżeli wyzyskanie pokarmu łatwiej strawnego i smaczniejszego. Stopień wydzielenia do kału białka i tłuszczu z pokarmu, obfitującego w nie, jest znacznie mniejszy, aniżeli z pokarmu, zawierającego mało tych składników; natomiast ciała wyciągowe, nie zawierające azotu, w obu szeregach doświadczeń wyzyskano prawie jednakowo, gdy z pentosan i drzewnika znacznie więcej pojawiało się w kale przy pokarmie, nieobfitującym w białko i tłuszcz. Lepsze wyzyskanie pentosan i drzewnika przy pokarmie, obfitującym w mięso, należy tłomaczyć wybitniejszem w tym przypadku gniciem, działającem na te ciała chemiczne. *L. Bier.*

Esmarch. **Zależność ciepłoty mieszkania od słońca.** (*Zeitschr. f. Hygiene*, T. 48, 1905). W dosyć zaniedbanej przez higienę doświadczalną sprawie mieszkań podjął się znany higienista doświadczalnie określić czynniki urządzenia domu i mieszkania,

których wpływ na ciepłotę mieszkań w życiu codziennem i technice rozmaicie bywa oceniany. Wyniki doświadczeń, wykonanych w porze letniej na izolowanych grubą warstwą korka modelach domów, pokrytych w części, naświetlonej słońcem, rozmaitymi materyałami, używanymi w technice do pokrycia dachów, oszklenia i zasłon okien, streścić się dadzą w następujących zdaniach: Na ogrzanie mieszkań przez słońce wpływa prócz rozmaitego przewodnictwa materyałów budowlanych dla ciepła sposób i rodzaj materyału, użytego do krycia dachów. Dach łupkowy chroni od ciepła lepiej, niż dach z papy i blachy cynkowej, lepszą jednak od łupku jest dachówka. Użyta jako podkład warstwa izolacyjna, n. p. z desek, wybitnie wzmaga ochronę wobec ciepła (o 50, a nawet 100 prc.) i wyrównywa różnicę między pokryciem dachu papą i dachówką. Czarny i wogóle ciemny kolor dachu ułatwia wybitnie ogrzanie, wpływ ten jednak maleje przy zastosowaniu podkładu izolacyjnego, nie pozostaje jednak bez znaczenia dla ogólnej ekonomii ciepła w mieszkaniu w dłuższym okresie czasu. Z zasłon okien chroni zwykła lniana lepiej od story pręcikowej, grubsze lepiej od cienkich, jasne lepiej od ciemnych, o ile niema wybitnych różnic grubości. Kolor żaluzyi na ogrzanie mieszkania niema wpływu, natomiast chronią one mieszkanie od ciepła 2—3 razy lepiej od zwykłych stor płóciennych. Wszystkie gatunki szkła białego z wyjątkiem szkła mlecznego, które chroni nieco lepiej od zasłon białych, przepuszczają wiele ciepła słonecznego; szkła barwne nie dorównują storom białym płóciennym. Pokrycie ścian zielenią, n. p. winem, chroni wybitniej, w miarę gęstości prawie o 50 prc.; ujemnym stronom pokrycia ścian domu zielenią, t. j. wilgoci i owadom, zapobiedz łatwo. *L. Bier.*

Hoffmann. **Mocz z publicznych miejsc ustępowych, a zarazki duru brzusznego.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 7). Badany przez H. mocz z ustępów publicznych Berlina w okolicach, zamieszkałych przez chorych na dur i ozdrowieńców, zawierał tylko w jednym przypadku zarazki *b. paratyphi typu B.*, *Schottmüller*. Używano do badań agaru Konradi-Drigalskiego. Ujemny wynik badań przypisuje autor za małej ilości wykonanych badań. *L. Bier.*

Drigalski. **Przypadek gromadnego zachorowania po spożyciu mięsa końskiego.** (*Festschr. zum 60. Geburtstag R. Koch's*, str. 409, 1905). W przypadku gromadnego zachorowania 50 osób (3 z nich zmarło) z objawami ostrego nieżytu żołądkowojelitowego bez gorączki, wywołanego spożyciem mięsa końskiego, wyhodował D. na pożywce Drigalskiego-Konradiego z narządów 1 zmarłego odmianę *b. enteritidis Gaertner*. Ten sam zarazek znalazł D. również w mięsie owego konia jeszcze w 4 tygodnie po rzezi. Surowica chorych, objawiająca w pierwszym tygodniu bardzo wybitną aglutynacyę (1 na 300: 4000), w 4 tygodniu od zachorowania zachowała ją w stosunku 1 na 100 tak wobec hodowli oryginalnej Gaertnera, jak i wobec wyhodowanych zarazków. Wyhodowane zarazki były dla świnek morskich i myszy bardzo jadowite, nawet przy karmieniu; działanie to utrzymywało się nawet po przesączeniu i po ogrzaniu do 100° C. Zdaniem D. nie sprawia u człowieka zaburzeń wprowadzenie małej ilości zarazków do przewodu pokarmowego; chorobę wywołują bądź jady swoiste, wprowadzone do przewodu pokarmowego w mięsie, w którem się wytworzyły, bądź też wielka ilość zarazków, z których jad się uwolnił po obumarciu komórek bakteryi. Dowodzi tego ta okoliczność, że osoby chore spożywały mięso conajmniej w 8 dni po rzezi (kiełbasy i inne konserwy), jak również i to, że z otoczenia chorych nie zapadł nikt prócz tych, którzy owe mięso spożywali. Porównawcze badania biologiczne 13 odmian *b. enteritidis* z pokrewnymi zarazkami duru, paratyfusu i czerwonki pozwalają stanowczo odróżnić pierwsze zarazki od drugich; mianowicie różnią się te zarazki zdolnością wywoływania fermentacyi; najwięcej zbliżonym do *b. enteritidis G.* jest *b. paratyphi*. Porównawcze zaś badanie odmian *b. enteritidis G.* między sobą na podstawie aglutynacyi pozwala je rozdzielić na 2 grupy, z których jedna również jest pokrewną *b. paratyphi*. Dla zapobieżenia zatruciu jadem mięsnym proponuje autor, by z każdego dobitego lub wyraźnie chorego zwierzęcia przesyłano części śledziony i mięśni do pracowni bakteryologicznych. W razie znalezienia w mięsie *b. enteritidis* należałoby mięso to zniszczyć i stanowczo zakazać jego sprzedaży jako towaru o jakości pośledniejszej (Freibank). *L. Bier.*

Nieter. **Stwierdzenie prątków durowych w wodzie przez strącenie ich chlorkiem żelaza.** (*Hygienische Rundschau* 1906, Nr. 2). Autor porównywał różne sposoby wykrywania zarazka durowego w wodzie, polegające na wywoływaniu we wodzie rozmaitemi solami żelaza strątu, zawierającego zarazem zarazki duru i użyciu tegoż strątu do hodowli płytkowych. Na podstawie swoich doświadczeń uważa N. metodę Müllera (użycie chlorku żelaza) za lepszą od Fickerowskiej (siarkan żelazawy), gdyż otrzymywał pewny wynik jeszcze przy zakażeniu 3 litrów wody 1/50.000 częścią uszka platynowego. Do hodowli płytkowych używał autor pierwotnie agaru Drigalskiego, jednak lepsze wyniki osiągał później na pożywce agarowej z zielenią malachitową (Lentz-Tietza). Z pośród metod, polegających na strącaniu zarazka durowego, uważa N. metodę Müllera za najlepszą, sądzi jednak, że poszukując zarazków duru w wodzie należy obok tamtej używać także metod zagęszczania mikrobów przy zastosowaniu wstępnych hodowli (Vorkultur Ficker-Hoffmann). *L. Bier.*

NEUROLOGIA. C. Reinhold. **Porażenie postępujące w następstwie urazu.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 14, 1905). Autor zestawia zapatrywania wybitniejszych neurologów co do możliwości powstania porażenia postępującego wskutek urazu, a nie jako następstwo przebytej kiły, i przychodzi do przekonania, że uraz, aczkolwiek tylko wyjątkowo, jednak przecież może być jedyną przyczyną wystąpienia porażenia postępującego. Jako dowód przytacza przypadek, dotyczący woźnicy, który, niosąc ciężki wór na plecach, upadł i całym ciężarem stłukł sobie krzyże. W $^1/_4$ roku później stwierdzono leniwe oddziaływanie źrenic, później zaś zanik częściowy nerwu wzrokowego, zaburzenia w chodzeniu, lekkie upośledzenie czucia bólu w dolnych kończynach i wzmożenie odruchów. Później zaczęły występować objawy psychiczne, zrazu jako psychiczne zamroczenia i pomieszania, później jako stały upadek władz umysłowych. W tym czasie stwierdzono zupełny brak oddziaływania źrenic na światło. W końcu wystąpiły zaburzenia mowy, niedowłady mięśni gałek ocznych, drganie włókienkowe w twarzy i napady rzekomej padaczki i rzekomego udaru mózgowego. W jednym z nich nastąpiła śmierć w 22-gim miesiącu choroby. Sekcya wykazała: zgrubienie opon mózgowych, zaniki zwojów i zmiany w naczyniach; badanie zaś mikroskopowe: zanik włókien nerwowych poziomych (tangencyalnych) i nadpromienistych, nadmierny rozwój gleju, a w rdzeniu rozsiane zwyrodnienia poszczególnych włókienek. Autor uważa ten przypadek za dowód możliwości istnienia porażenia postępującego pochodzenia wyłącznie urazowego. Brak jednak charakterystycznych objawów umysłowych, fakt, iż brakowi oddziaływania źrenic na światło towarzyszyły zaniki nerwów wzrokowych, niedostateczne wykluczenie kiły i stosunkowo niedość znaczne zmiany mikroskopowe, zmniejszają znaczenie, jakie autor swemu przypadkowi nadaje, zwłaszcza jeśli się wspomni opisaną przez Köppena: „posttraumatische Demenz“. *Dr. A. R.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Binz. **O leczeniu odziębliu.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, 1). B. poleca maść następującą: *Calcariae chloratae 1, Ung. paraffini 9; M. tere exactissime, f. ungt.* Wieczorem należy kawałek tej maści wielkości grochu przez pięć minut wcierać w miejsce bolesne i czerwone, potem pokryć zwykłym opatrunkiem, materyą nieprzemakalną i wreszcie pończochą lub rękawiczką, by chlor się nie ulatniał za szybko i nie niszczył pościeli. Leczenie takie działa pewniej, niż pędzlowanie nalewką jodową lub rozcieńczonym kwasem azotowym. W świeżych przypadkach ból i zapalenie znikają już po tygodniu. Maść musi być świeża, co poznać można po tem, że wydaje zapach kwasu podchlorawego. Zapobiedz można odmrożeniom, jeśli skłonni do nich przyzwyczają się do codziennych zimnych kąpieli nożnych w ciepłej porze roku i w zimie nadal je stosują. *Dr. Fels.*

Wolf. **O zapobieganiu chorobie morskiej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1906, Nr. 3). Osoba skłonna do choroby morskiej, powinna położyć się odrazu poziomo na łóżku, sofie lub na fotelu pokładowym. Należy unikać ubrania obcisłego, jak mocno spiętych kamizelek i spodni, a u kobiet przedewszystkiem sznurówki. Na szerokość czoła układa się ręcznik, zmaczany w gorącej (80°) wodzie i wykręcony, wiąże się go jak najmocniej, zaciskając jeszcze przełożonym patykiem i t. p. W pierwszej chwili trudno znieść tak gorący okład, mimo to jak najprędzej należy go zmienić na drugi, równie gorący. Okłady powtarza się, dopóki nie nastąpi ulga (uczucie lekkości). Jeść, pić, ani palić w czasie tych okładów nie wolno. Skutek okładów następuje w pół godziny lub godzinę. Przezwyciężenie choroby morskiej objawia się pragnieniem, którego jednak nie wolno gasić; dopiero gdy chory uczuje silny głód, wtedy może wypić słabą gorącą herbatę bez cukru i innych dodatków z prostym sucharkiem. Dopiero w dwie godziny potem można wszystko jeść, pić i palić. *Dr. Fels.*

Salit (ester kw. salicylowego), ciało płynne, oleiste, nierozpuszczalne w wodzie i glicerynie, łatwo zaś w wyskoku i oliwie, poleca W. Schmidt (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 3)

wszędzie tam, gdzie jest wskazany kwas salicylowy, a więc przy nerwobolach, bolach gośćcowych, w gośćcu stawowym i mięśniowym, zapaleniu nerwu kulszowego, ścięgien, opłucnej i t. d. Salit wciera się w skórę. Objawów ubocznych, jak wyprysk lub zaburzenia trawienia, S. nie widział, aczkolwiek spostrzeżenia jego obejmują 40 przypadków. Dawkę zwykłą 2 razy dziennie po 1—2 łyżeczek kawowych, przekraczano kilkakrotnie bez wpływu szkodliwego. *H.*

Novargan w leczeniu wiewióra zachwala E. Schwarz (*Therap. Monatshefte.* 1906. I). Jestto przetwór, zawierający 10% srebra, w postaci proszku żółtawego, delikatnego, z którego sporządzono również kołaczyki po 0·2 g. W wodzie zimnej rozpuszcza się do 50%. Z prac, jakie v. Hoessle i Gröter o novarganie ogłaszają, wynika, że działa on w równych rozczynach głębiej, aniżeli protargol lub albargina, a mimo to mniej drażni. Lucke używał z dobrym skutkiem wkraplań novarganowych do przedniej części cewki w przypadkach ostrego wiewióra po 0·5 cm. 15% rozczynu przez tydzień. Na podstawie 14 przypadków stwierdza S., który używał 1—½% rozczynu, wpływ korzystny na objawy wiewióra, działanie zabójcze wobec dwoinek wiewiórowych i brak wpływu drażniącego. *Hr.*

Kwas nukleinowy ma wybitne własności chemotaktyczne względem krwinek białych. Te jego własności próbowali wyzyskać Mikulicz i Miyake do zwalczania zakażeń chirurgicznych. Doświadczeniami na zwierzętach stwierdził Miyake, że odporność na zakażenia wzrasta po wstrzyknięciu kwasu nukleinowego do otrzewnej lub pod skórę kilkanaście (20) razy. Po takich wstrzykiwaniach znosiły zwierzęta bez szkody dostanie się kału do jamy otrzewnej, które u zwierząt kontrolnych wywoływało zawsze zapalenie otrzewnej. Zdaniem zaś Mikulicza zapobiegawcze wstrzyknięcie kwasu nukleinowego przed laparotomiami powinnoby znacznie zmniejszyć niebezpieczeństwo, jakiem zawsze jeszcze grożą operacye na jelitach i żołądku. U ludzi wstrzykiwano na 12 godzin przed operacyą podskórnie 50 cm.³ sześć. fizyologicznego rozczynu soli, zawierającego 2 prc. nukleinianu sodowego. *Zt*

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 20 grudnia 1905.

Przewodniczy: kol. prof. Nowak, obecnych członków 37.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Godlewski Maryan i Skórkowski Wacław zostali wybrani jednomyślnie jako nowi członkowie.

III. Następnie przystąpiono pod kierunkiem przewodniczącego komitetu przedwyborczego, prof. Jakubowskiego, do wyborów Komitetu Towarzystwa. Wybrani zostali: Kol. doc. Rutkowski prezesem, prym. Borzęcki wiceprezesem, prof. Korczyński Lud. sekretarzem stałym, Landau Jan bibliotekarzem, Wilczyński sekretarzem dorocznym, prof. Ciechanowski naczelnym redaktorem »Przeglądu lekarskiego«, a członkami komisyi redakcyjnej kol.: prof. Klecki, prof. Korczyński, Kwaśnicki i Wojciechowski.

Do komisyi przemysłowo-lekarskiej wybrani kol. prof. Korczyński, doc. Seńkowski i Korolewicz, do komisyi kontrolującej kol. Cercha i Wachtel, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. prof. Mars i Głuziński, a zastępcą prof. Raczyński.

IV. Prof. Jakubowski przedstawił wniosek komitetu przedwyborczego: »W celu zapewnienia nadal trwałej i skutecznej opieki dla domu Towarzystwa lekarskiego, członkowie Komitetu przedwyborczego wypowiadają życzenie, aby Towarzystwo lekarskie zamianowało stałym kuratorem domu swego ustępującego prezesa kol. Juliana Nowaka, pod którego kierunkiem dom ten zbudowanym został. Sprawę bliższego określenia praw i obowiązków kuratora przekaże Towarzystwo komitetowi celem stosownego załatwienia«.

Wniosek ten przyjęto.

V. Na skutek pisma Akademii umiejętności wybrano prof. Nowaka delegatem do komisyi konkursu im. Dra Warschauera.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie administracyjne dnia 17 stycznia 1906.

Przewodniczący: prof. Nowak, obecnych członków 38.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przed przystąpieniem do porządku dziennego przedstawił prof. Jaworski przypadek **plamicy gośćcowej** (typu Henoch). W dyskusyi zabierali głos kol. prof. L. Korczyński, Stahr i prelegent.

III. Sekretarz stały kol. Borzęcki przedstawił następujące sprawozdanie z czynności Tow. w r. 1905:

W liczebnym stanie członków Towarzystwa lek. krak. zaszły w ciągu roku 1905 następujące zmiany: przybyło członków honorowych 2, czynnych 26, ubyło członków czynnych przez śmierć i przesiedlenie 3, korespondent jeden; liczba członków czynnych powiększyła się o 21 i w dniu 31 grudnia 1905 stan liczebny przedstawiał się jak następuje: członków honorowych 15, członków czynnych 173, czł. koresp. 48.

W ciągu roku 1905 odbyło Towarzystwo 13 posiedzeń zwyczajnych, jedno nadzwyczajne, jedno administracyjne. Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 14 odczytów i 12 demonstracyi.

W zakresie spraw administracyjnych pierwsze miejsce zajmuje otwarcie »Domu Towarzystwa lekarskiego«, które odbyło się uroczyście dnia 2 marca 1905. Myśl stworzenia ogniska własnego, w któremby skupiał się nietylko ruch naukowy, ale i towarzyski członków, doczekała się swego urzeczywistnienia dzięki niestrudzonej energii i zapobiegliwości prezesa kol. Nowaka. Towarzystwo lekarskie krakowskie w ocenieniu podjętej pracy ofiarowało Mu jednomyślnie godność członka honorowego. Drugie poczesne miejsce zajmuje pojawienie się z początkiem r. 1905 »Słownika lekarskiego polskiego« na półkach księgarskich. Owoc to długoletniej pracy. Na posiedzeniu administracyjnem skreślił kol. Ciechanowski w imieniu Komisyi słownikowej historyę tego dzieła. Towarzystwo nasze w uznaniu wielkich zasług, jakie położył około wydania Słownika prezes komisyi słownikowej prof. Browicz, zaliczyło Go dnia 5 kwietnia 1905 jednogłośnie w poczet swoich członków honorowych, wyrażając zaś wszystkim członkom Komisyi i tym, którzy w jej pracach byli pomocni, swoje gorące podziękowanie.

W dalszym ciągu z zakresu spraw administracyjnych podnieść należy, że w łonie Tow. lek. krak. w związku z Komisyą redakcyjną »Przeglądu lekarskiego« zawiązało się »grono sprawozdawców« pod przewodnictwem kol. Nowaka, które w rubryce wyciągów i sprawozdań umieszczało streszczenia prac.

W roku niniejszym rozwiązano Komisyę, która zajmowała się przesyłaniem wyciągów z prac polskich autorów do roczników Virchowa-Hirscha, a miejsce jej zajęła takaż komisya z łona Tow. lwowskiego.

W roku niniejszym zmarło dwóch członków czynnych: prof. dr. Edward Korczyński i dr. Karol Kramarzyński i jeden członek korespondent: prof. dr. Jan Mikulicz we Wrocławiu. Dotkliwą stratę poniosło Towarzystwo lekarskie przez śmierć ś. p. prof. dr. Edwarda Korczyńskiego. Był jednym z najstarszych członków, a sprawy i losy Towarzystwa obchodziły go żywo do ostatnich lat życia. Piastował kolejno wszystkie godności w komitecie Towarzystwa, wybrany wreszcie prezesem w roku 1875 i 1876. Jego dziełem było stworzenie Komisyi przemysłowo-lekarskiej, której przewodniczył do końca życia. Trwałemi zgłoskami zapisał swoje imię w rocznikach naszego Towarzystwa. Ś. p. prof. dr. Jan Mikulicz w ciągu krótkiego swojego pobytu w Krakowie żywy brał udział w ruchu Tow. lek. krak.; wybrany w r. 1886 wiceprezesem, a w 1887 prezesem Towarzystwa. — Cześć ich pamięci!

Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

IV. Skarbnik kol. Dobrowolski przedstawił sprawozdanie kasowe za r. 1905, a prezes kol. Nowak zamknięcie ogólne rachunków budowy domu Towarzystwa i preliminarz budżetu Towarzystwa na r. 1906. Sprawozdania te przyjęto do wiadomości, a na wniosek kol. Kwaśnickiego uchwalono przez aklamacyę podziękować ustępującemu prezesowi za zasługi, położone w czasie 3-letniego urzędowania, doprowadzenie do skutku i ukończenie budowy domu.

V. Przyjęto sprawozdanie bibliotekarza kol. J. Landaua stanu biblioteki.

VI. Kol. prof. Ciechanowski zdał sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego« w r. 1905.

VII. Kol. prof. Ciechanowski zdał sprawę z administracyi wydawnictwem »Słownika lekarskiego«. Oba te sprawozdania przyjęto do wiadomości.

VIII. Kol. Wachtel złożył imieniem komisyi kontrolującej sprawozdanie, które przyjęto do wiadomości, a na wniosek kol. Wachholza udzielono absolutoryum ustępującemu wydziałowi.

IX. Odczytano nadesłany przez Radę zawiadowczą Tow. lek. galic. wykaz zapomóg, udzielonych wdowom po członkach Tow. lek. krak. W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Nowak, Wachholz, Borzęcki, Surzycki i Schaitter.

X. Uchwalono regulamin dla kuratoryi domu.

XI. Kol. prof. Browicz podnosi zasługi ustępującego redaktora kol. Kwaśnickiego i wnosi, by Towarzystwo wyraziło mu uznanie i wdzięczność za dziesięcioletnią pracę, co przyjęto przez aklamacyę.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Posiedzenie dnia 24 stycznia 1906.

Przewodniczący: kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 35.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Komitet Tow. wnosi, by Dr. Wład. Biegańskiego w uznaniu jego zasług dla nauki i piśmiennictwa polskiego zamianować członkiem honorowym Towarzystwa. Wniosek imieniem Komitetu uzasadnia kol. Ciechanowski. Głosowanie stosownie do przepisów statutu odbędzie się na następnem posiedzeniu.

III. Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Korolewicza.

IV. Kol. prof. Piltz przedstawia przypadek **niedowidzenia połowiczego**: Służąca M. F., lat 40 mająca, cierpi już od dłuższego czasu na silne bole głowy. W ostatnich czasach były te bole tak silne, iż chora nieraz odchodziła od przytomności. 4 tygodnie temu pod wpływem silnego wzruszenia moralnego dostała w nocy napadu, w którym straciła wzrok. Jednocześnie powstało znieczulenie na twarzy w lewej górnej wardze, na końcach palców lewej ręki i na lewej nodze w okolicy ścięgna Achillesa i osłabienie obydwu lewych kończyn. Znieczulenie już po 3 dniach ustąpiło, pozostawiając po sobie na tych samych miejscach silny ból i uczucie ścierpnięcia, które trwało jeszcze przez 3 tygodnie; wtedy także obie lewe kończyny były wyraźnie słabsze od prawych. Utrata wzroku po 3 dniach ustąpiła, lecz nie zupełnie: chora zauważyła, iż widzi tylko przedmioty, znajdujące się przed nią z prawej strony, przedmiotów zaś, znajdujących się po stronie lewej, nie widziała. Perymetryczne badanie, wykonane w klinice prof. Wicherkiewicza, któremu zawdzięczam możność przedstawienia tej chorej, stwierdziło typowe lewostronne niedowidzenie połowicze. Wobec tego, że objawowe leczenie w tym przypadku nie dało żadnego wyniku, że perymetryczne badanie, kilkakrotnie i w klinice okulistycznej i w naszem ambulatoryum wykonane, nie wykazało żadnej wybitnej zmienności tej hemianopsyi, dalej wobec jednoczesnego istnienia zaburzeń czucia po stronie lewej i zaburzeń ruchowych w kończynach lewych, należy przyjąć, że hemianopsya w danym przypadku ma podkład organiczny. To przypuszczenie potwierdza cały szereg objawów somatycznych, dziś jeszcze istniejących, a mianowicie: wyraźne przeciągnięcie języczka na stronę prawą, nieznaczne odchylenie języka w stronę lewą, to, że ściskanie lewą ręką jest wybitnie słabsze, niż prawą, dalej wzmożenie odruchów ścięgnistych w górnej kończynie lewej większe, niż w prawej, odruchy lewego ścięgna Achillesa nieco większy, niż prawego, wreszcie źrenica lewa szersza od prawej. Jakkolwiek wszystkie te objawy są dziś bardzo nieznaczne, to jednak przy wielokrotnych badaniach chorej dały się zawsze stwierdzić. Na podstawie wszystkiego, co wyżej powiedziano, należy przypuścić, że hemianopsya w danym przypadku jest pochodzenia organicznego, zapewne na tle swoistem. Najprawdopodobniej przyczyną jest tu kilak, leżący gdzieś w okolicy poduszki (*pulvinar*) po stronie prawej. Kilak ten zajął przedewszystkiem ośrodkową drogę wzrokową (*radiations optiques de Gratiolet*), a także pośrednio wpłynął i na ośrodkowe drogi czuciowe i ruchowe. (*Streszczenie własne*).

V. Kol. prof. Browicz miał wykład: **„O topografii dróg żółciowych śródzrazikowych“.**

Sekretarz doroczny: *Dr. Wilczyński.*

Posiedzenie dnia 31 stycznia 1906.

Przewodniczy: Kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 29.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń przyjęto.

II. Wybrano jednomyślnie Dr. Władysława Biegańskiego z Częstochowy członkiem honorowym Towarzystwa.

III. Kol. Prym. Bogdanik przedstawia chorego ze zmiażdżeniem stopy i części podudzia, leczonego $\frac{1}{2}\%$ rozczynem kreoliny.

IV. Kol. Prym. Borzęcki przedstawił: *a*) chorego, l. 40, u którego w dniu przyjęcia do oddziału chorób skórnych stwierdzono w rowku zażołędnym **równocześnie** istniejące: po jednej stronie **zmianę pierwotną**, po stronie drugiej **wrzód miękki**. Rozpoznanie kliniczne potwierdziło badanie bakteryologiczne i przeszczepienie wrzodu miękkiego z wynikiem dodatnim; ropa z przeszczepionego owrzodzenia zawiera prątki Krefting-Ducreya. Badanie wydzieliny ze zmiany pierwotnej, wykonane przez kol. Krzyształowicza, stwierdziło liczne krętki Schaudinna, brak zaś ich w preparacie, sporządzonym z wydzieliny wrzodu miękkiego. (Demonstracya preparatów) (*Streszczenie własne*).

b) chorego z rozległym **liszajem żrącym** twarzy (*lupus*), który zniszczył małżowinę uszną, i u którego w celu kosmetycznym według pomysłu kol. Gogulskiego zrobiono z aliażu glinu i cynku **sztuczną małżowinę**, odpowiednio pomalowaną i za pomocą sprężyny, biegnącej w poprzek czaszki, na miejscu właściwem przymocowaną;

c) chorego **z kiłą nosa**, u którego wykonano **plastykę** nosa.

V. Kol. Prof. Reiss przedstawia:

a) przypadek *Lichen ruber planus*, leczony wstrzykiwaniami arsenu;

b) przypadek **liszaja rumieniowatego** (*Lupus erythematosus*), leczony również arsenem;

c) dziecko **z niezwykłem usadowieniem pierwotnego owrzodzenia kiłowego** na prawym migdałku z następową wysypką plamisto-grudkową.

W dyskusyi zabiera głos kol. Prym. Borzęcki.

VI. Kol. Doc. Gliński przedstawia:

a) liczne **późne zmiany kiłowe**, znalezione w zwłokach 49-letniej kobiety, zmarłej na zapalenie płuc włóknikowe. Badanie pośmiertne wykazało w kościach czaszki liczne ubytki, powstałe na tle kilaków, wychodzących z okostnej, wżerających się w kość i dziurawiących ją miejscami na wylot; kilaki okostnej (*periostitis gummosa*) stwierdzono również na obydwu kościach goleniowych, jednocześnie liczne kilaki znajdowały się wśród szpiku tych obydwu kości. Błona śluzowa na korzeniu języka przedstawiała obraz t. zw. zaniku gładkiego (*atrophia glabra*); więzadło językowo-nagłośniowe środkowe (*lig. glosso-epiglotticum med.*) było znacznie skrócone, nagłośnia wyraźnie odwinięta ku przodowi. W tylnej części gardła po stronie prawej, tudzież w dolnej części tchawicy znajdowały się rozległe blizny promieniste po kilakach; również dość znacznych rozmiarów bliznę po kilaku znaleziono w wątrobie. Z innych zmian, ktoreby w tym przypadku uważać należało również za następstwo zakażenia jadem kiłowym, podnieść wypada znaczny rozrost tkanki łącznej w wątrobie i trzustce, oraz wybroczynowe zapalenie opony twardej mózgu. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na mnogość późnych zmian kiłowych u jednej osoby, które to zmiany, nawet w pojedynczych narządach, coraz rzadziej spotyka się u nas na stole sekcyjnym.

b) Okaz **tętniaka tętnicy nerkowej prawej**, znaleziony w zwłokach kobiety 70-letniej. Tętniak znajdował się w głównym pniu tętnicy nerkowej, szerokim otworem łączył się ze światłem tętnicy, posiadał ściany całkowicie zwapniałe, a światło wypełnione skrzepami krwi; rozmiarami swymi tętniak ten dorównywał bez mała wielkości orzecha laskowego. Znaczenia klinicznego w tym razie tętniak ten nie posiadał i zasługuje na uwagę ze względu na niezwykłą rzadkość tej sprawy w tętnicach nerkowych.

c) Okaz nowotworu wrodzonego, usuniętego operacyjnie przez kol. Prym. Bogdanika z szyi 10-letniego dziecka. Guz ten, jak stwierdzają przedstawione jednocześnie preparaty mikroskopowe, posiada utkanie nowotworu bardzo rzadkiego, t. zw. **nerwiaka zwojowego** (*ganglio-neuroma*). (Opis tego przypadku będzie ogłoszony w »*Przegl. Lek.*«). (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabiera głos kol. prymaryusz Bogdanik: Guz wydobyty ze szyi niewątpliwie ma pochodzenie wrodzone, skoro go matka spostrzegła u dziecka już w 7 miesiącu życia. Usadowienie guza przemawia za tem, że zawierać on może włókna n. współczulnego, przy wyłuszczeniu bowiem dotarłem aż do wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, a guzek tętniczy (*tuberc. caroticum*) dokładnie można było wymacać. Czy jednak

cały nerw współczulny przecięty został, wątpię bardzo, bo po operacyi nie było znamiennych objawów, które wielokrotnie spostrzegałem, wycinając zwój środkowy n. współczulnego na szyi w padaczce. (*Str. własne*).

Kol. Gliński podkreśla z przemówienia kol. Bogdanika następujące szczegóły: 1) głębokie usadowienie guza na szyi w miejscu, gdzie przebiega nerw współczulny i gdzie leżą jego zwoje; 2) brak zaburzeń klinicznych ze strony nerwu współczulnego po wyłuszczeniu guza nowotworowego. Szczegóły te przemawiają właśnie za wygłoszonem przez prelegenta w pierwszem jego przemówieniu zdaniem, iż punktu wyjścia tego nowotworu szukać należy w układzie współczulnym, lecz że punktem jego wyjścia nie był ani właściwy nerw współczulny, ani jego zwoje, lecz jakieś zbłąkane przy wytwarzaniu nerwu współczulnego gniazdo komórek zwojowych. (*Streszczenie własne*).

VII. Kol. Gettlich przedstawia **tubusy celluloidowe**, mające nad dotychczas zwykle w krupie używanymi metalowymi tę wyższość, że są od nich lżejsze, a światło ich jest szersze. Tubusów tych wyjaławiać nie można; do odkażenia wystarcza mechaniczne oczyszczenie i opłukanie słabym rozczynem karbolu.

W dyskusyi zabiera głos kol. Gertler, podnosząc szczegółowe wskazania dla tych tubusów.

VIII. Kol. Prym. Bogdanik przedstawia swoje **nożyce kostne** i **uciskadło jelitowe** własnego pomysłu, którego opis poda w jednym z następnych numerów »*Przeglądu*«.

Sekretarz doroczny: *Wilczyński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Bierny opór lekarzy gminnych w Austryi dolnej trwa dalej. Imieniem dolno-austryackiej Izby lekarskiej, która nie obejmuje lekarzy wiedeńskich, prezydent jej dr. List, tudzież wiceprezydent dr. Riss udali się w towarzystwie posła dra Chiariego, przewodniczącego parlamentarnej komisyi sanitarnej, do ministra spraw wewnętrznych hr. Bylandt-Rheidta. Deputacya przedstawiła ministrowi smutne położenie ekonomiczne całego stanu lekarskiego w Austryi Dolnej, zwłaszcza zaś lekarzy gminnych, uzasadniła ich żądania i prosiła ministra, ażeby jako najwyższy naczelnik zarządu sanitarnego usunął te stosunki, które dały powód do biernego oporu lekarzy. Minister oświadczył, że spełni żądania lekarzy, o ile na to pozwolą istniejące ustawy i przepisy. Wiedeńska Izba lekarska uchwaliła tymczasowo 1000 kor. na rzecz strejkowego funduszu lekarzy. Na ten sam cel złożyły ofiary wiedeńskie Towarzystwa lekarskie. *R.*

Reformę służby zdrowia w Królestwie polskiem zakreśla »Kronika lekarska« (1906, Nr. 1) w ramach następujących: Utworzenie Rady zdrowia, złożonej wyłącznie z lekarzy, a zarządzającej całą służbą zdrowia; oddzielenie spraw sanitarnych od sądowo lekarskich i leczniczych, dotąd wspólnie spoczywających na barkach każdego lekarza urzędowego; ustanowienie w każdym powiecie przynajmniej jednego lekarza sanitarnego i jednego lekarza sądowego (w miastach gubernialnych po 2, w Warszawie i w Łodzi po 10—15 lekarzy sądowych); utworzenie na każde 3 gminy szpitalika po 8—10 łóżek z osobnym lekarzem i jednej posady akuszerki, w każdem mieście powiatowem szpitala na 30—50 łóżek, w każdej gubernii większego szpitala o 5 oddziałach, uzdrowiska dla suchotników, przytułku dla nieuleczalnych i podrzutków. Każdy szpital ma mieć zupełną autonomię, a tylko kontrola i statystyka należą do krajowej Rady zdrowia. *R.*

W sprawie znawców lekarskich. Na wniosek profesora medycyny sądowej Dittricha z Pragi uchwalili profesorowie medycyny sądowej wszechnic austryackich zwrócić się do Ministerstwa sprawiedliwości z przedstawieniem, ażeby przy wprowadzaniu wszelkich reform w zakresie znawców lekarskich było zapytywane o fachowe zdanie grono profesorów medycyny sądowej, jako najwyższych przedstawicieli tej gałęzi nauk lekarskich, a nie departament sanitarny Ministerstwa spraw wewnętrznych, mało z tym zakresem obeznany. Na referentów petycyi w tej sprawie obrało grono profesorów medycyny sądowej prof. Krattera z Gracu i prof. Wachholza z Krakowa, którzy w tych dniach swój elaborat przesłali już wnioskodawcy. W elaboracie tym upraszają profesorowie o udzielenie im prawa inicyatywy w zakresie zmian i ulepszeń przepisów, dotyczących znawców, w szczególności zwracają uwagę na konieczną potrzebę wydania nowego regulaminu co do sposobu wykonywania sekcyi sądowych i t. d. *R.*

Bardzo ruchliwy Związek lipski (Leipziger Verband), który jednoczy lekarzy z całego cesarstwa niemieckiego i po wszystkich większych miastach ma swoje grupy miejscowe, zajął się ostatnimi czasy urządzeniem wykładów, mających na celu zapoznanie studentów medycyny oraz młodych lekarzy z wielkim już dzisiaj działem ubezpieczenia robotniczego i z ważną dla całego stanu lekarskiego sprawą zawodowej organizacyi. Miejscowa grupa berlińska urządziła d. 17 listopada r. z. dwa pierwsze wykłady. Pierwszy przemawiał Dr. Kähler na temat: »Lekarz i publiczność«, podając z własnego bogatego doświadczenia zajmujący obraz licznych wzajemnych stosunków między lekarzem a publicznością, a zwłaszcza zwracając uwagę na liczne niebezpieczeństwa, grożące ze wszystkich stron młodemu początkującemu lekarzowi. Omawiał stosunek „lekarza" do leczących się kobiet, mówił, jak lekarz powinien odnosić się do chorego i jego otoczenia w sprawie rozpoznania i rokowania, omawiał formę ordynacyi, jak powinien zachować się lekarz wobec publiczności życzliwej, a wrogiej naszej nauce, o koniecznej liczbie i czasie lekarskich odwiedzin, o pożyciu towarzyskiem lekarza z pacyentami, potem o tajemnicy lekarskiej, o sprawie przerywania ciąży, o stosunku lekarza do kolegów przy naradach lekarskich, o honoraryum lekarskiem, o »wdzięczności« pacyentów i t. d. Wykład swój zakończył następującemi słowy: »Otóż widzicie panowie, jak wiele kamieni spotykamy na naszej codziennej drodze, o które tak łatwo się potknąć, a które przecież musimy starannie omijać tak, że nic dziwnego, jeśli czasem doświadczenie i siły jednego człowieka na te ciężkie trudy nie wystarczą. I dlatego łączcie się panowie w stowarzyszenia i tam się uczcie obyczajów lekarskich, a przedewszystkiem nauczcie się rozumieć święty obowiązek solidarności zawodowej. Na każdym jednak kroku pamiętajcie Panowie o pięknych słowach Nothnagla: »Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem«, które bodaj trafiły na żyzną glebę i dały bujny owoc«.

Drugi mówił Dr. Peyser: »O organizacyi zawodu lekarskiego«. Przedstawił pokrótce historyę rozwoju organizacyi lekarskiej w Niemczech, a następnie nakreślił obraz obecnych stosunków: 1) co do organizacyi państwowej (Izby lek., sądy honorowe), 2) co do organizacyi koleżeńskiej (Towarzystwa lekarskie) i 3) co do organizacyi zawodowej (Związek lipski) i omówił korzyści, jakie wywalczyła lekarzom organizacya.

Dalszy wykład z zapowiedzianego cyklu wykładów p. t.: »Zur Einführung der Medizinstudierenden und Medicinalpraktikanten in das Gebiet der Arbeiterversicherung und ärztlichen Standesorganisation« odbył się w Berlinie 24 listopada r. z. i to na temat »Lekarz i kasy chorych«. Dr. Lennhoff mówił w tym wykładzie o obowiązkach lekarza kasowego względem chorych i kas, a mianowicie o obowiązku jak najszybszego leczenia chorych członków kasy, obok jak największego oszczędzania środków, jakimi rozporządzają kasy, przyczem jednak chorzy, n. p. przez skąpienie leków, ucierpieć nie powinni. Mówił także o stosunku, jaki zachodzi między ustawą o kasach chorych, a ubezpieczeniem od wypadku, na stałą niezdolność do pracy i na starość. W drugiej części wykładu zajął się prelegent sprawą stosunku lekarza do kasy chorych: »Członkowie kas chorych rekrutują się przeważnie z ludzi, którzy dawniej lekarza albo zupełnie nie mogli zapłacić, albo bardzo niedostatecznie płacili; to jest przyczyną, dlaczego kasy płacą lekarzom bardzo małe wynagrodzenie. Ponieważ w czasie powstawania kas lekarze starsi zarabiali stosunkowo dość, by się utrzymać, więc odstępowali praktykę kasową młodym początkującym lekarzom i w ten sposób rozwinął się system stałych lekarzy kasowych, z wszystkiemi wadami, które się z biegiem czasu ujawniły, wadami, które odczuwa zarówno ogół członków kasowych, jak i cały stan lekarski«. Dobrze dobranymi przykładami objaśnił prelegent, jak w życiu wygląda poniżające godność zawodową ubieganie się lekarzy o posady w kasach chorych. I dlatego przemawiał gorąco za wolnym zorganizowanym wyborem lekarzy i przedstawiał korzyści, płynące stąd zarówno dla kas, jak i dla lekarzy. Naprzeciw organizacyi kas chorych powinna stanąć organizacya lekarzy i to nie miejscowa, ale centralna, obejmująca całe państwo. Co pod tym względem zdziałał dotąd Związek lipski w kilku latach swego istnienia i jak ułatwił młodym lekarzom, zaczynającym praktykę, stawianie pierwszych kroków, przedstawił prelegent w zakończeniu swojego ciekawego wykładu.

W dniu 1 grudnia r. z. mówił Dr. Joachim »O pośrednictwie pracy lekarskiej« i wykazywał, jak zarówno lekarzom, jak i publiczności zależeć powinno na odpowiedniem rozdzielaniu lekarskiej pomocy, jak rzecz ta jest ważna szczególnie dla lekarza, chcącego zabezpieczyć sobie byt i jak takie urządzenie jest

konieczne dla kontroli lekarskiej statystyki i dla wyrównania podaży i popytu na pracę lekarską.

Tego samego dnia wykładał Dr. Davidsohn »O nędzy lekarskiej i o samopomocy«. Przyczyną nędzy jest nietylko zmiana stanowiska społecznego lekarzy, wywołana nowemi ustawami i przepełnieniem w zawodzie, ale niejednokrotnie choroba, a przez nią niezdolność do pracy, niestety nierzadko także alkoholizm i morfinizm. Samopomoc do pewnego stopnia pomyślała i o pomocy dla takich, którzy sami są winni swojemu nieszczęściu.

Wykłady w dniu 8 grudnia dotyczyły sprawy ubezpieczenia lekarzy. Dr. Bentsch uzasadniał konieczną potrzebę ubezpieczenia lekarzy na przypadek choroby, niezdolności do pracy, od nieszczęśliwych wypadków i na życie. Na podstawie liczb, uzyskanych z kasy ubezpieczenia lekarzy niemieckich (Versicherungskasse für die Aertzte Deutschlands) udowadniał, że lekarze powinni się ubezpieczać w kasach lekarskich zawodowych, które im dają większe korzyści, niż wszystkie inne kapitalistyczne towarzystwa ubezpieczeń.

Przy końcu wykładu swego zwrócił się prelegent z gorącą odezwą do słuchaczy: »Pamiętaj o tem, że ubezpieczyć się musisz tylko sam i nie oglądaj się ani na państwo, ani na swoje przedstawicielstwo zawodowe, ani nie czekaj na ubezpieczenie przymusowe. Jeszcze do tego bardzo daleko, a jeśli do tego dojdzie, to takie ubezpieczenie ogólne wypadnie drożej, bo objąć będzie musiało zarówno starych, jak młodych, zarówno chorych, jak zdrowych. Pomnij, że w żadnym innym zawodzie nie można zarabiać i w dzień i w nocy, w dzień powszedni i w święto najuroczystsze, ale zrozum, że przez ten sposób zarobku przeceniasz swoje społeczne stanowisko. Rozważ, że te nadliczbowe godziny twej pracy w zawodzie, to rabunek twego zdrowia i dlatego zarobek ten powinieneś uważać niejako za pożyczkę i nie powinieneś go zużywać. Nie ubezpieczaj się na życie wcześniej, zanim się nie ubezpieczysz dostatecznie na przypadek choroby i stałą niezdolność do pracy, gdyż w przeciwnym razie łatwo mogłoby ci braknąć pieniędzy na dalsze opłaty na ubezpieczenie na życie, a wtedy stracisz, coś już upłacił. Nie zapominaj o humanitarnośei, której od ciebie wymaga zawód twój w stosunku do każdego chorego, przedewszystkiem w stosunku do członków twej rodziny, żony i dzieci i nie powinieneś dlatego poprzestać na ubezpieczeniu siebie samego na przypadek choroby, niezdolności stałej do pracy i na starość, ale zabezpieczysz swoich najbliższych na przypadek twej przedwczesnej śmierci«.

Zebranie zakończył Dr. Hesselbarth rozprawką o prawie i o ochronie prawnej lekarza niemieckiego. Mówił głównie o sprawie wynagradzania lekarzy i o środkach prawnych, przysługujących lekarzom, by się uchronić przed szkodami tak moralnemi, jak i materyalnemi.

Wykłady tego rodzaju okazały się bardzo potrzebnymi i korzystnymi i należy się spodziewać, że za Berlinem pójdą i inne miasta, nietylko niemieckie. *Stahr.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 lutego 1906.

— Dnia 14 b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lek. krak., na którem prof. Piltz i dr. Rydel przedstawiali i omawiali przypadki z kliniki neurologicznej.

— Na dorocznem posiedzeniu Koła lekarzy Polaków w Petersburgu w dniu 24 stycznia (6 lutego) do Zarządu obrano: prezesem dr. M. Strawińskiego, wiceprezesem prof. dr. St. Zaleskiego, sekretarzem pierwszym doc. dr. W. Orłowskiego, drugim dr. K. Ulińskiego, skarbnikiem dr. U. Wiercińskiego, bibliotekarzem dr. S. Ostrowskiego, członkami doradczymi prof. dr. J. Ziemackiego, prof. dr. S. Raczyńskiego, dr. S. Wolańskiego i dr. A. Karnickiego; na kandydatów drów Z. Orłowskiego, Z. Sowińskiego i prof. dr. J. Szawłowskiego; do komisyi rewizyjnej drów J. Białobłocką, Wilamowskiego i W. Kozłowskiego.

— Wydział lekarski lwowski przedstawił na katedrę higieny następujące terno: I. doc. Kučerę, II. doc. Panka, obu ze Lwowa, III. doc. Drobę z Krakowa i dr. St. Serkowskiego z Łodzi. (»Tyg. lek.«).

— Prof. dr. Grzegorza Ziembickiego ze Lwowa mianowało Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu swym członkiem zagranicznym.

— Na posiedzeniu, odbytem d. 11 stycznia 1906, uchwalili lekarze chorób dziecięcych we Lwowie założyć Kółko pedyatrów lwowskich i obrali prezesem kol. Szydłowskiego, zastępcą kol. Wachtla i sekretarzem kol. Hornunga. Na posiedzeniu tegoż Kółka w dniu 27 stycznia w szpitalu św. Zofii przedstawił kol. Hornung 2 przypadki *pseudohypertrophia musculorum progressiva* u 2 braci, a kol. Progulski mózg dziecka, dotkniętego chorobą Littla.

— Powodem, dla którego Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie zabroniło dalszych wykładów pedyatryi w tym szpitalu, jest odrzucenie przez ministerstwo kilku propozycyi Towarzystwa. Zakazem tym chce Towarzystwo przymusić rząd do ostatecznego załatwienia sprawy kliniki chorób dzieci. Wydział lek. lwowski podjął starania, by wykłady mogły się odbywać w szpitalu przynajmniej do końca bieżącego półrocza. (»Tyg. lek.«).

— Fizykat miejski we Lwowie rozpoczął starania, aby niezamożni mogli w razie potrzeby otrzymywać z aptek surowicę przeciwbłoniczą na koszt miasta.

— Lwowski »Przegląd higieniczny« został organem urzędowym Towarzystwa »Ochrona młodzieży«, nie przestając być organem Towarz. higienicznego.

— Ankieta, zwołana w połowie stycznia przez Wydział krajowy w sprawie budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi, odbyła się z udziałem profesorów dr. Halbana, Piltza i Żuławskiego, dyrektora dr. Kohlbergera i prymaryusza dr. Świątkowskiego i uznała za miejsce na razie najodpowiedniejsze na zakład Lusinę pod Swoszowicami, ułożyła szkice planów zakładu i uchwaliła wysłać komisyę dla zbadania zakładów zagranicznych, do której, jak się dowiaduje »Tygodnik lek.«, mają być zaproszeni z lekarzy prof. Halban i dyr. Kohlberger.

— Między 21 a 27 stycznia stwierdzono w Galicyi 12 nowych przypadków ospy, mianowicie w Krakowie 1 (dziecko z Odessy zachorowało w izrael. schronisku dla emigrantów), w powiecie brodzkim 8, (z tego 6 robotnic, sortujących pierze w Brodach) i w pow. dąbrowskim (3), oraz 37 nowych przypadków duru osutkowego w 8 powiatach (Stryj 15, Tłumacz i Jaworów po 7, Horodenka 4, Zborów 2, Nadwórna, Przemyślany, Stary Sambor po 1).

— Zapalenie opon mózgowych szerzy się szybko w zachodniej części Śląska austr.

— »Kronika dentystyczna« ma zacząć wychodzić w Warszawie pod redakcyą M. Krakowskiego.

— Zakład leczniczy w Nałęczowie dobiegł 25 lat istnienia. Wskrzeszony z zupełnej ruiny w roku 1880 przez dr. Fortunata Nowickiego, miał w pierwszem pięcioleciu średnią frekwencyę 295 osób, w ostatniem — 796. Z początku otwierany tylko w lecie, działa zakład od r. 1885 także i w zimie, przybierając wtedy wszystkie cechy zakładu zamkniętego. Obecny dyrektor zakładu dr. Puławski jest piątym z rzędu. Oprócz działalności leczniczej zapisał zakład dobrze swe imię w zakresie działalności piśmienniczej na polu lekarskiem, klimatologicznem, botanicznem i etnograficznem, oraz pracą społeczną dla dobra miejscowej ludności (ambulatoryum lecznicze, kąpiele ludowe, szkoła koszykarska, towarzystwo kredytowe).

— Współredaktorem »Časopisu lek. česk.« obrany został doc. dr. Kose.

— Jak rząd pruski pojmuje obowiązki państwa co do opieki sanitarnej, świadczą zawarte w budżecie na r. 1906 olbrzymie kwoty na udotowanie licznych nowych katedr uniwersyteckich, budowę nowych gmachów klinicznych i t. d. (w jednej tylko »Charité« berlińskiej wyda rząd na budowę i dokończenie rozpoczętych gmachów 478,000 Mk.), a nadto takie wydatki, jak: $^1/_4$ miliona marek na wykonanie państwowej ustawy o chorobach zakaźnych, 350,000 marek na zwalczanie jaglicy i t. d.

— Niemieckie Towarzystwo kąpieli dla ludu ogłasza konkurs na najlepsze plany łazienki wiejskiej z nagrodami 400—600 marek, terminem do 31 marca b. r. Prace konkursowe przesyłać należy pod adresem: »Deutsche Gesellschaft für Volksbäder«, Berlin NW. 6. Karlstrasse 19.

— Zjazd internistów odbędzie się 24—27 kwietnia b. r w Monachium.

— Na tegorocznym zjeździe niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego będzie przedmiotem obrad sprawa rozpoznawania śmierci z utonięcia. Imieniem komitetu Towarzystwa zaprosił prof. Puppe z Królewca prof. Wachholza z Krakowa, aby jako znany na tem polu badacz zechciał objąć pierwszy referat.

— 17 b. m. zbiera się w Wiedniu świeżo zawiązany austryacki oddział międzynarodowego kryminalistycznego zjednoczenia (Internation. kriminalistische Vereinigung). Członkiem zawiązującego się oddziału został z Polaków obrany prof. dr. Wachholz z Krakowa.

— Pierwszą kobietą, dopuszczoną we Francyi do konkursu na posadę lekarza schronisk (asyle) dla chorych chronicznych, będzie panna dr. Magdalena Pelletier, intern schroniska w Villejuif.

— Pierwszeństwo we wprowadzeniu obowiązkowego szczepienia krowianką przyznawano dotąd Bawaryi (w roku 1807). Obecnie utrzymuje dr. Goldschmidt na zasadzie badań archiwalnych, że jeszcze wcześniej (25 grudnia 1806) wydało takie prawo małe księstwo włoskie Piombino i Lucca pod rządami Elizy Bonaparte, siostry Napoleona I, który sam jeszcze w roku 1805 nakazał szczepić wszystkich swych żołnierzy, o ile nie przechodzili już ospy.

— Wskutek aresztowania wielu lekarzy powstał w wielu guberniach Rosyi brak lekarzy ziemstw. W okolicach samej Moskwy np. uwięziono 23 lekarzy; na miejsce ich jednakże ziemstwa nie mogą powołać zastępców, nietylko dlatego, że bardzo trudno o zastępców na czas zgoła nieokreślony, ale też i dlatego, że obecny nastrój ludności zagraża niebezpieczeństwem każdemu przybyszowi, miejscowym mieszkańcom nieznanemu.

— Osobliwą prośbę rozpatrywała niedawno rada profesorska Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu. Oto student Wseświacki wniósł podanie o przyjęcie na IV kurs do Instytutu, uzasadniając swą prośbę tem, że żona jego jest słuchaczką Instytutu i że razem łatwiej jest małżeństwu uczyć się..... Zdania rozdzieliły się: jedni z członków rady utrzymywali, że prośbę należy uwzględnić, skoro kobiety bywają dopuszczane na wydziały lekarskie równo z mężczyznami; drudzy zaś sprzeciwiali się temu, gdyż ustawa Instytutu mówi tylko o słuchaczkach. Ostatecznie wybrano drogę pośrednią i zezwolono proszącemu zostać hospitantem (wolnym słuchaczem) Instytutu.

Zmarli: Dr. S. S. Rosenstein, profesor medycyny wewn. w 74 r. ż. w Leyden; b. prof. patologii w Modenie Casarini; b. prof. histologii i fizyologii w Rzymie Moriggia.

Dr. Kalikst Pawłowski, powstaniec z r. 1863, potem na zesłaniu w Irkucku szanowany powszechnie lekarz, zmarł w 72 roku życia w Warszawie, gdzie osiadł po powrocie z wygnania.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Wilczyński Tadeusz: Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. Łuczycki: Przypadek obłędu. Opętanie przez dyabła i gady i określenie charakteru tego cierpienia.

— *Medycyna* Nr. 6. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1904. Heiman Przypadek ostrego ropnia zraza skroniowego przez ostrą sprawę ropną w mózgu wywołanego

— *Tygodnik lekarski* Nr. 6. A. Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma" i białaczka limfatyczna. Sołowij: O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Panek i Sperling: O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych. Gargas: Miasta ogrodowe.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9 i 10. Zieliński: Złoto w dentystyce.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 5. Cisler: Nová anaesthetika v rhino-laryngologii. Spilka: O methodach zjištěni počtu zárodků bakteriálnich ve prostorové jednicce ústředi a o bakteriologickich počtadlech. Orstčil. O vitalitě předčasně narozených dĕti. Bouček: Úvahy a zkušenosti porodnické praktického lékaře.

— *Presse médicale* Nr. 9. Létienne O starzeniu się. Leven i Barret: Radyoskopia żołądka kształt, granica dolna i sposób napełniania żołądka. Houzel: O upuście krwi w napadzie padaczkowym. — Nr. 10. Barié: Niedrożność tętnic wskutek zatoru w toku chorób serca. Landouzy: Medycyna społeczna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6. Lange: O przewlekłej postępującej pląsawicy (Huntington) w wieku młodocianym. Petitti: O wyzyskaniu różnych rodzajów cukru u chorych na cukrzycę. Meyerhoff: W sprawie rozpoznawania duru zapomocą typhusdiagnosticum Fickera. Tobias: Leczenie fizyczne nawykowego zaparcia stolca. Goldschmidt: Endoskopia cewki moczowej. Bruhns: Wskazania do leczenia chorób skórnych promieniami Röntgena.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6 Petry: O działaniu zaczynu podpuszczkowego na sernik. Profanter: Tymczasowe doniesienie o nowym sposobie oburęcznego badania ginekologicznego. Mucha i Scherber: O wykryciu krętka bladego w tkance kiłowej. Hofbauer: W sprawie patogenezy gruźlicy płuc. Szaboky: Zgęszczenie osmotyczne wód gleichenberskich.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6. Gruber i Futaki: Seroactivitas i fagocytoza Fischer: Zwalczanie błonicy z uwzględnieniem spostrzeżeń, poczynionych w automacie restauracyjnym w czasie epidemii Ruppanner: O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży. Colley: Spostrzeżenia i uwagi o leczeniu ostrych spraw ropnych Bierowskiem przekrwieniem zastoinowem. Herhold: Zastosowania przekrwienia biernego w ostrych sprawach ropnych w szpitalu garnizonowym w Altonie. Mindes: W sprawie techniki przekrwienia sposobem Biera. Groedel: Palce pałeczkowate u lewej ręki przy tętniaku łuku tętnicy głównej. Bittorf: W sprawie patogenezy wrodzonego zaparcia stolca. Schiff: Promienie Röntgena i rad przy nabłoniaku. Schilling: Torbielak nadnercza, wyleczony operacyjnie. Sommer: W sprawie śródmacicznego stężenia pośmiertnego. Hofmann: Przeniesienie kierunku podłużnego w opatrunkach wyciągowych. Zippel: Układanie zanieczyszczających się chorych na mułu torfowym.

Redakcya otrzymała: St. Serkowski: Wskaźniki moczu na mocy spostrzeżeń w pracowni własnej. Odb. z „Nowin lek." 1906.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 6 (od dnia 4/II do 10 II) **urodziło się** dzieci: żywo. chł. 23, dziew. 26; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21. kob. 20; zamiejscowych: męż. 14. kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 5 ob. 1 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 1. ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2. ob. 6. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 7. ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2 ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. — **Razem:** miejscowych 41, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.